folondi

JEROLD J. KREISMAN
HAL STRAUS

TE URĂSC – NU MĂ PĂRĂSI

ÎNȚELEGEREA PERSONALITĂȚII BORDERLINE

PSIHOLOGIA PENTRU TOȚI
PPT
3 TREI

TE URĂSC – NU MĂ PĂRĂSI

ÎNȚELEGEREA PERSONALITĂȚII BORDERLINE

Relații interpersonale intense și haotice, accese de furie, impulsivitate, amenințări cu abandonul sau cu suicidul... după ce ai cunoscut îndeaproape o astfel de persoană rămâi adesea cu un gust amar și cu întrebarea: „Unde am greșit?“ În spatele acestui tablou înnegurat, se află însă drama protagonistului – temeri profunde, o senzație de vid interior, neîncredere fundamentală în sine. Lumea unui „borderline“ este în alb și negru, acută, directă, fără nuanțe, cu atât mai impresionantă, cu cât acești oameni sunt capabili să ducă o viață funcțională. Pot fi partenerul de cuplu, colega de serviciu, amicul din copilărie.

Cartea de față, bazată pe informații din cele mai noi cercetări în domeniu, reprezintă un ghid cuprinzător prin hățișurile acestei personalități aflate la granița dintre nevroză și psihoză. Scrisă într-un limbaj accesibil, ea se adresează atât terapeuților cât și publicului larg, aducând lumină asupra posibilelor cauze ale acestei tulburări, descriindu-i plastic trăsăturile prin intermediul a numeroase exemple, ajutându-te să înțelegi persoana cu borderline de lângă tine și să creezi punți către ea.

Jerold J. Kreisman este psihiatru, autor și profesor asociat la Universitatea St. Louis. Hal Straus este jurnalist și autor, directorul Centrului Tow-Knight pentru jurnalism antreprenorial din New York.

Polondi

PSIHOLOGIA PENTRU TOȚI

3 TREI

www.edituratrei.ro

Aspectul fizic al lui Jennifer la şedinţele de terapie fluctua dramatic. Când venea direct de la serviciu era îmbrăcată într-o ţinută business, emanând maturitate şi rafinament. Dar în zilele ei libere, apărea în pantaloni scurţi, cu şosete până la genunchi şi cu codiţe împletite; în aceste şedinţe se comporta ca o fetiţă cu voce subţire şi vocabular mult mai limitat.

Uneori se transforma chiar sub ochii doctorului Gray. Putea fi plină de intuiţie şi inteligentă, colaborând pentru obţinerea unei mai bune înţelegeri de sine, iar apoi devenea o copilă cochetă şi seducătoare, declarându-se incapabilă să funcţioneze în lumea adultă.

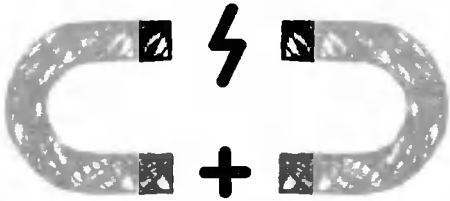
Jerold Kreisman, Hal Straus

Cea mai importantă parte a oricărei terapii este relaţia dintre pacient şi terapeut. Această interacţiune formează baza încrederii, constanţei obiectului şi a intimităţii emoţionale. Terapeutul trebuie să devină o figură de încredere, o oglindă care să reflecte o identitate coerentă în dezvoltare. Pornind de la această relaţie, persoana borderline învaţă să extindă şi asupra altora aşteptările adecvate şi încrederea.

Jerold Kreisman, Hal Straus

JEROLD J. KREISMAN
HAL STRAUS

TE URĂSC – NU MĂ PĂRĂSI



ÎNȚELEGEREA PERSONALITĂȚII BORDERLINE

TRADUCERE DIN ENGLEZĂ DE
Oana Munteanu

PSIHOLOGIA PENTRU TOȚI
3 TREI

EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL
Magdalena Mărculescu

REDACTOR
Manuela Sofia Nicolae

DESIGN
Alexe Popescu

DIRECTOR PRODUCȚIE
Cristian Claudiu Coban

DTP
Florin Paraschiv

CORECTURĂ
Roxana Nacu
Sînziana Doman

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
KREISMAN, JEROLD J.
Te urăsc — nu mă părăsi: înțelegerea personalității borderline / Jerold J. Kreisman și Hal Straus; trad.: Oana Munteanu. – București: Editura Trei, 2016
ISBN 978-606-719-552-1

I. Straus, Hal

159.9

ISBN 978-606-719-552-1

Titlul original: *I Hate You Don't Leave Me*
Autori: Jerold J. Kreisman și Hal Straus

Copyright © 2010 by Jerold J. Kreisman, MD, and Hal Straus
All rights reserved including the right of reproduction in whole or in part in any form. This edition published by arrangement with Perigee, an imprint of Penguin Publishing Group, a division of Penguin Random House LLC.

Toate drepturile rezervate inclusiv dreptul de reproducere in totalitate sau partial, sub orice forma.
Publicat prin acord cu Perigee, un imprint al Penguin Publishing Group, o divizie a Penguin Random House LLC.

Copyright © Editura Trei, 2016
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeul 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90;
Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

Atenționare: informațiile din prezenta lucrare sunt adevărate şi corecte în limita cunoştinţelor noastre. Intenția acestei cărți este doar aceea de a fi un ghid general pentru un tip specific de tulburare de personalitate, fără să-şi propună să înlocuiască sfatul medical sau serviciile de specialitate ale medicului personal al cititorului individual. Poveştile cu care încep multe dintre capitole şi alte istorii de caz de pe parcursul cărții au fost create prin combinarea unor elemente aparținând mai multor oameni şi nu reprezintă nicio persoană reală, vie sau defunctă. Orice asemănare cu vreo persoană reală este neintenționată şi pur întâmplătoare. Toate recomandările de față nu beneficiază de nicio garanție din partea autorilor sau editurii. Autorii şi editura îşi declină orice responsabilitate, directă sau indirectă, legată de folosirea oricărei informații sau sugestii din această carte.

Neither the Publisher nor the Author is engaged in rendering professional advice or services to the individual reader. The ideas, procedures, and suggestions contained in this book are not intended as a substitute for consulting with your physician. All matters regarding your health require medical supervision. Neither the Author nor the Publisher shall be liable or responsible for any loss or damage allegedly arising from any information or suggestion in this book.

Nici Editura şi nici autorul nu încearcă să ofere vreun sfat sau serviciu de specialitate cititorului. Ideile, procedurile şi sugestiile conținute în această carte nu sunt menite să înlocuiască vizita la medic. Toate aspectele referitoare la sănătatea dumneavoastră necesită supraveghere medicală. Atât autorul cât şi Editura îşi declină responsabilitatea pentru orice pierdere sau pagubă presupusă a rezulta din informațiile sau sugestiile de orice fel prezente în această carte.

Ca întotdeauna,
pentru Doody

CUPRINS

Prefață 11
Notă către cititor 15

1. Lumea persoanei borderline 17
2. Haos şi vid interior 44
3. Rădăcinile sindromului borderline 82
4. Societatea borderline 104
5. Comunicarea cu un borderline 137
6. Cum să te descurci cu o persoană borderline ... 162
6. Căutarea terapiei 184
8. Abordări psihoterapeutice specifice 223
9. Medicația: ştiință şi promisiune 243
10. Înțelegere şi vindecare 258

Anexa A. *Clasificările din DSM-IV-TR* 279
Anexa B. *Evoluția sindromului borderline* 284
Resurse 297
Mulțumiri 302

PREFAȚĂ

Când a fost publicată prima ediție a cărții *Te urăsc — nu mă părăsi*, în 1989, existau foarte puține informații la îndemâna publicului larg pe tema tulburării de personalitate borderline (TPB). Cercetările axate pe descoperirea cauzelor și a tratamentului TPB erau abia la început. Cele câteva articole apărute în reviste de larg consum schițau vag această tulburare, care abia începuse să pătrundă în „conștiința americană". Practic, nu existau cărți despre TPB pentru pacient sau rudele apropiate și prietenii pacientului. Răspunsul la cartea noastră, atât în țară, cât și în străinătate, prin intermediul traducerilor, a fost extrem de măgulitor. Se pare că intenția mea de a face o lucrare accesibilă publicului larg, dar utilă și specialiștilor prin bibliografie, și-a atins scopul.

A spune că s-au întâmplat foarte multe în acest domeniu în 20 de ani este, evident, un truism. Au fost publicate alte câteva cărți despre TPB, printre care și lucrarea noastră *Sometimes I Act Crazy* (2004) [*Uneori mă port nebuneşte*], care descrie experiența acestei boli din perspectiva indivizilor afectați, a membrilor lor de familie și a profesioniștilor care îi tratează. Cunoștințele noastre au sporit exponențial printr-o mai bună înțelegere a

etiologiei, implicațiilor biologice, genetice, psihologice şi sociale, precum şi a abordărilor de tratament. Astfel, provocarea scrierii celei de-a doua ediții a fost aceea de a reliefa şi explica cele mai importante progrese şi informații utile în prezent pentru specialist, păstrând totodată dimensiunea potrivită a cărții pentru scopul ei de a fi o introducere serioasă în TPB pentru cititorul nespecialist. Pentru atingerea acestui echilibru, câteva capitole au necesitat doar o actualizare, în timp ce altele, mai ales cele despre posibilele rădăcini biologice şi genetice ale sindromului, au fost în mare măsură rescrise, pentru a include cele mai noi cercetări ştiințifice. În plus, abordările psihoterapeutice specifice şi tratamentele medicamentoase au evoluat atât de mult, încât a fost necesară includerea unor capitole cu totul noi pe aceste teme. Şi în această ediție, cartea continuă să se bazeze pe cazuri reale, pentru a-i permite cititorului să înțeleagă cum este viața pentru — şi alături de — un borderline, deşi contextul acestor istorisiri a fost modificat pentru a reflecta schimbările din societatea americană de la un secol la altul. Poate că cea mai mare modificare față de prima ediție este una a tonului general: dacă acum două decenii prognosticul pentru pacienți era, desigur, nefavorabil, acum (conform numeroaselor studii longitudinale) este mult mai încurajator.

Totuşi, în ciuda acestor progrese, este dezamăgitor să faci recenzia prefeței primei ediții şi să recunoşti că neînțelegerea şi stigmatul sunt încă extrem de actuale. TPB rămâne o boală care continuă să deruteze publicul larg şi să îngrozească mulți specialişti. În 2009, un articol din revista *Time* afirma că „pacienții borderline sunt cei de care psihologii se tem cel mai mult" şi că „mulți terapeuți habar n-au cum să-i trateze". După cum remarca Marsha Linehan, expert de vârf în TPB, „persoanele borderline sunt echivalentul psihologic al pacienților cu arsuri de

gradul trei. Ei pur şi simplu nu au piele emoţională, ca să zicem aşa. Chiar şi cea mai mică atingere sau mişcare le poate produce o suferinţă imensă"[1]. Totuşi, dezvoltarea unor terapii şi medicaţii specifice pentru această tulburare (vezi capitolele 8 şi 9) a uşurat într-o anumită măsură povara pacienţilor şi, poate mai important, sensibilizarea publică faţă de TPB a crescut semnificativ faţă de 1989. După cum veţi observa în bibliografia de la sfârşit, numărul de cărţi, website-uri şi grupuri de susţinere s-au înmulţit considerabil. Poate că cel mai clar semn de recunoaştere publică a fost cel din 2008, când Congresul a declarat luna mai drept „Luna conştientizării tulburării de personalitate borderline".

Rămân încă provocări uriaşe, mai ales financiare. Decontările pentru serviciile medicale cognitive sunt, din păcate, disproporţionat de mici. Pentru o oră de psihoterapie, majoritatea companiilor de asigurări (ca şi Medicare) plătesc mai puţin de 8% din decontarea alocată unei proceduri chirurgicale minore ambulatorii, cum ar fi o operaţie de cataractă de 15 minute. Nici cercetarea în domeniul TPB nu a fost adecvată. Prevalenţa TPB în cadrul populaţiei este dublă faţă de cea a schizofreniei şi tulburării bipolare la un loc, şi totuşi National Institute of Mental Health (NIMH) [Institutul Naţional de Sănătate Mintală] alocă cercetării TPB mai puţin de 2% din cuantumul fondurilor destinate studiilor acestor boli.[2] Cum ţara noastră încearcă să controleze costurile îngrijirii sănătăţii, trebuie să înţelegem că investiţia în cercetare va îmbunătăţi în cele din urmă sănătatea acestei ţări, diminuând astfel costurile îngrijirii sănătăţii pe

---

1 John Cloud, „Minds on the Edge", *Time* (19 ianuarie 2009): 42–46.

2 John G. Gunderson, „Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis", *American Journal of Psychiatry* 166 (2009): 530–539.

termen lung. Însă va trebui să reevaluăm prioritățile în fața resurselor limitate şi să recunoaştem că raționalizarea poate avea impact nu doar asupra îngrijirilor de specialitate oferite, ci şi asupra progreselor în direcția vindecării.

Mulți, atât din zona publică, precum şi din cea de specialitate, s-au referit cu amabilitate la prima ediție a acestei cărți ca fiind o lucrare „clasică" în domeniu. După două decenii, revizuirea lucrării noastre şi actualizarea cantității voluminoase de informații acumulate în acest interval au fost un travaliu din dragoste. Sper ca prin împrospătarea şi revizuirea efortului nostru inițial să putem juca un modest rol în rectificarea neînțelegerilor şi ştergerea stigmatului asociat cu TPB, şi, totodată, să ne păstrăm onoarea de a fi citați drept resursă de primă mână.

Jerold J. Kreisman, MD

NOTĂ CĂTRE CITITOR

Majoritatea cărților despre sănătate urmează anumite recomandări de stil (cum ar fi, de exemplu, *Publication Manual of the American Psychological Association* [*Manualul regulilor de publicare al Asociației Psihologice Americane*]), destinate să reducă stigmatul bolii și să aplice folosirea corectă politic a genului. Mai precis, este descurajată referirea la o persoană prin boală (de exemplu, „schizofrenicul prezintă de obicei..."); în schimb, referirea trebuie să se facă la o persoană care manifestă simptome ale bolii (de pildă, „pacientul diagnosticat ca schizofrenic prezintă de obicei..."). De asemenea, sunt evitate pronumele specifice unui gen; propozițiile sunt structurate, în schimb, într-o sintaxă pasivă ori se folosesc formulele de tip „el/ea, al ei/al lui".

Cu toate că sunt lăudabile în anumite privințe, aceste recomandări îngreunează comunicarea informațiilor. Deși ne repugnă lipsa de respect și dezumanizarea presupusă de numirea oamenilor prin starea lor medicală („consultă-l pe istericul de alături!"), am ales totuși să ne referim uneori la individ prin diagnosticul său, de dragul clarității și eficienței. De exemplu, folosim termenul „borderline" ca pe un fel de prescurtare pentru

formularea mai precisă „ființe umane ce manifestă simptome specifice diagnosticului de tulburare de personalitate borderline, așa cum este el definit în *Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale,* ediția a patra, revizuită (*DSM-IV-TR*), editat de Asociația Psihiatrilor Americani". Din același motiv, alternăm pronumele pe tot cuprinsul cărții, în loc să împovărăm cititorul cu formula „el/ea, al ei/al lui". Avem încredere că cititorul ne va acorda această libertate de optimizare a textului.

LUMEA PERSOANEI BORDERLINE

> Totul era altfel. Nimic nu era aşa cum este. Exact ceea ce voiam — să fiu singur, cu mine însumi, într-o altă lume, în care adevărul este neadevărat, în care viaţa se poate ascunde de ea însăşi.
>
> (Din *Lungul drum al zilei către noapte*, de Eugene O'Neill)

Dr. White credea că va fi relativ simplu. În cei peste cinci ani de când o trata pe Jennifer, ea avusese câteva probleme medicale. S-a gândit că acuzele ei abdominale erau cauzate, probabil, de gastrită, aşa că a tratat-o cu antiacizi. Dar când durerile de stomac au devenit mai intense în ciuda tratamentului, iar analizele de rutină au ieşit normale, dr. White a internat-o pe Jennifer în spital.

După un control medical riguros, dr. White a chestionat-o cu privire la stresul pe care l-ar putea resimţi la muncă şi acasă. Ea a recunoscut cu uşurinţă că slujba ei de şef de personal la o mare corporaţie era foarte stresantă, dar că „mulţi oameni au slujbe stresante", conform propriilor sale cuvinte. A mai dezvăluit şi faptul că viaţa de acasă era agitată în ultima vreme: încerca să facă faţă

programului ocupat al cabinetului de avocatură al soțului, îndeplinindu-şi şi responsabilitățile de mamă. Dar se îndoia că aceste lucruri aveau vreo legătură cu durerile ei de stomac.

Când dr. White i-a recomandat să facă un consult psihiatric, Jennifer s-a opus inițial. Abia după ce disconfortul ei abdominal s-a transformat în junghiuri ca de pumnal a acceptat cu reticență să meargă la medicul psihiatru dr. Gray.

S-au întâlnit câteva zile mai târziu. Jennifer era o blondă atrăgătoare, care părea mai tânără decât cei 28 de ani ai săi. Stătea întinsă în pat într-o rezervă de spital, care fusese transformată dintr-o cămăruță anonimă într-un culcuş personal. Un animal de pluş se afla în pat lângă ea, iar un altul pe noptieră, alături de câteva fotografii cu soțul şi fiul ei. Ilustratele cu urări de însănătoşire grabnică erau expuse meticulos pe pervazul ferestrei, flancate de aranjamente florale.

La început Jennifer a fost foarte formală, răspunzând tuturor întrebărilor doctorului Gray cu mare seriozitate. Apoi a glumit despre slujba ei, spunând că a adus-o „în pragul psihiatrului". Cu cât vorbea mai mult, cu atât arăta mai tristă. Vocea îi devenise mai puțin dominantă şi mai degrabă copilăroasă.

I-a povestit doctorului cum avansarea la slujbă fusese mult mai solicitantă — aducându-i noi responsabilități, care o făceau să se simtă nesigură. Fiul ei de cinci ani începuse şcoala, lucru care s-a dovedit o separare dureroasă pentru amândoi. Conflictele cu Allan, soțul ei, erau tot mai dese. A descris schimbări bruşte de dispoziție şi dificultăți de somn. Apetitul ei scăzuse constant şi pierduse în greutate. Concentrarea, energia şi dorința de sex scăzuseră şi ele.

Dr. Gray i-a recomandat un tratament de probă cu medicație antidepresivă, care i-a îmbunătățit simptomele

gastrice şi părea să-i fi normalizat somnul. În câteva zile era pregătită pentru externare şi fusese de acord să continue terapia în ambulatoriu.

În următoarele săptămâni, Jennifer a vorbit mai mult despre copilăria ei. Crescuse într-un mic orăşel, fiind fiica unui om de afaceri de vază şi a soţiei sale aflate în centrul vieţii mondene. Tatăl, membru al conducerii bisericii locale, cerea perfecţiune din partea fiicei sale şi a celor doi fraţi ai ei mai mari, amintindu-le constant copiilor că întreaga comunitate le analizează comportamentul. Nici notele lui Jennifer, nici comportamentul său, ba chiar nici gândurile ei nu erau niciodată suficient de bune. Se temea de tatăl ei, dar îi căuta în mod constant — şi fără succes — aprobarea. Mama ei rămânea pasivă şi detaşată. Părinţii îi evaluau prietenele, respingându-le adesea ca inacceptabile. Ca urmare, a avut puţine prietene şi încă mai puţine întâlniri cu băieţii.

Jennifer şi-a descris caruselul de emoţii, care părea să se fi înrăutăţit când a început facultatea. A început să bea pentru prima dată, uneori în exces. Fără niciun semnal prealabil, se simţea singură şi deprimată, iar apoi plină de fericire şi dragoste. Uneori avea izbucniri de furie faţă de prietenele ei — ce se potriveau cu furia pe care reuşise cumva s-o reprime când era copil.

Cam în aceeaşi perioadă a început să aprecieze atenţia bărbaţilor, lucru pe care înainte îl evitase întotdeauna. Deşi îi plăcea să fie dorită, întotdeauna simţise că-i „fraierea" sau îi păcălea cumva. După ce începea să iasă la întâlniri cu un bărbat, sabota relaţia stârnind conflicte.

L-a cunoscut pe Allan când el îşi termina studiile de drept. A curtat-o cu asiduitate şi a refuzat să fie dat la o parte când ea a încercat să se retragă. Îi plăcea să-i aleagă hainele şi s-o sfătuiască cum să meargă, cum să vorbească şi cum să mănânce sănătos. A insistat ca ea să-l însoţească la sala de sport unde făcea mişcare frecvent.

„Allan mi-a dat o identitate", a explicat ea. El a sfătuit-o cum să interacționeze cu clienții și partenerii săi sociali, când să fie agresivă și când să fie modestă. Ea și-a creat un „repertoriu actoricesc" — personaje și roluri la care putea apela pentru a le pune în practică.

S-au căsătorit, la insistențele lui Allan, înainte de terminarea primului ei an de facultate. A abandonat școala și a început să lucreze ca recepționeră, dar angajatorul i-a recunoscut inteligența și a promovat-o în posturi cu responsabilitate mai mare.

Însă acasă lucrurile au început să lase de dorit. Cariera lui Allan și pasiunea lui pentru sala de forță îl făceau să petreacă mai mult timp plecat de acasă, lucru pe care Jennifer îl ura. Uneori începea certuri doar pentru a-l ține acasă un pic mai mult. Adesea îl provoca s-o lovească. După aceea îl invita să facă dragoste cu ea.

Jennifer avea puține prietene. Disprețuia femeile ca fiind bârfitoare și neinteresante. A sperat ca nașterea lui Scott, care a venit pe lume la doi ani după căsătorie, să-i ofere confortul care îi lipsea. A simțit că fiul ei o va iubi întotdeauna și va fi întotdeauna alături de ea. Dar solicitările unui nou-născut au fost copleșitoare și, după o vreme, Jennifer a decis să se întoarcă la muncă.

În ciuda frecventelor laude și a succesului de la serviciu, Jennifer continua să se simtă nesigură, considerând că se „preface". A avut o aventură sexuală cu un coleg care era cu aproape 40 de ani mai mare decât ea.

„De obicei sunt bine", i-a spus doctorului Gray. „Dar mai există o altă parte în mine care preia controlul și mă domină. Sunt o mamă bună. Dar cealaltă parte a mea face din mine o târfă; mă face să mă port nebunește!"

Jennifer continua să se denigreze, mai ales când era singură; în momentele de solitudine, se simțea abandonată, lucru pe care îl atribuia propriei lipse de valoare. Anxietatea amenința s-o copleșească dacă nu găsea

o modalitate de eliberare. Uneori recurgea la mâncatul compulsiv, consumând o dată un castron întreg de aluat de pandişpan. Petrecea ore întregi uitându-se la fotografii cu fiul şi soţul ei, încercând să-i ţină „vii în creierul meu".

Aspectul fizic al lui Jennifer la şedinţele de terapie fluctua dramatic. Când venea direct de la serviciu era îmbrăcată într-o ţinută business, emanând maturitate şi rafinament. Dar în zilele ei libere apărea în pantaloni scurţi, cu şosete până la genunchi şi cu codiţe împletite; în aceste şedinţe se comporta ca o fetiţă cu voce subţire şi vocabular mult mai limitat.

Uneori se transforma chiar sub ochii doctorului Gray. Putea fi plină de intuiţie şi inteligentă, colaborând pentru obţinerea unei mai bune înţelegeri de sine, iar apoi devenea o copilă cochetă şi seducătoare, declarându-se incapabilă să funcţioneze în lumea adultă. Putea fi fermecătoare şi plină de graţie sau manipulativă şi ostilă. Putea pleca furtunos de la o şedinţă, jurând că nu se va mai întoarce niciodată, pentru ca la următoarea şedinţă să fie copleşită de teama că dr. Gray va refuza s-o mai primească vreodată.

Jennifer se simţea un copil captiv în armura blindată a unui adult. Era perplexă în faţa respectului primit din partea altor adulţi; se aştepta ca ei să-i descopere deghizarea în orice clipă, iar ea să rămână ca împăratul fără haine. Avea nevoie de cineva care s-o iubească şi s-o apere de lume. Căuta cu disperare apropierea, dar când cineva se apropia prea mult, fugea.

Jennifer suferă de tulburare de personalitate borderline (TPB). Şi nu este singura. Studii recente estimează că 18 milioane de americani sau chiar mai mult (aproape 6% din populaţie) manifestă simptome primare de TPB şi multe studii sugerează că această cifră

este subestimată.[1] Aproximativ 10% dintre pacienții de psihiatrie tratați în ambulatoriu și 20% dintre pacienții internați, și între 15% și 25% din *totalul* pacienților care caută îngrijire psihiatrică sunt diagnosticați cu această tulburare. Este una dintre cele mai întâlnite tulburări de personalitate.[2, 3, 4]

Cu toate acestea, în ciuda prevalenței sale, TPB rămâne relativ necunoscută publicului larg. Întrebați omul de pe stradă despre anxietate, depresie sau alcoolism și, probabil, va putea oferi o descriere generală, dacă nu chiar corectă tehnic, a bolii. Cereți-i să definească tulburarea de personalitate borderline și, probabil, va rămâne mut. Pe de altă parte, întrebați despre această boală un clinician cu experiență în domeniul sănătății mentale și veți obține un răspuns foarte diferit. Va ofta adânc și va exclama că dintre toți pacienții cu boli psihiatrice, cei borderline sunt cei mai dificili, cei mai înfricoșători și cei mai de evitat — mai mult decât schizofrenicii, mai mult decât alcoolicii, mai mult decât orice alt pacient. Timp de peste un deceniu, TPB a fost un fel de „lumea a treia" a bolilor mentale — obscură, vastă și vag amenințătoare.

TPB nu s-a bucurat de recunoaștere, în parte, și pentru că diagnosticul este încă relativ nou. Termenul

---

1 Bridget F. Grant, S. Patricia Chou, Rise B. Goldstein et al., „Prevalence Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related conditions", *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (2008): 533–544.

2 John G. Gunderson, *Borderline Personality Disorder* (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1984).

3 Klaus Lieb, Mary C. Zanarini, Christian Schmahl et al., „Borderline Personality Disorder", *Lancet* 364 (2004): 453–461.

4 Mark Zimmerman, Louis Rothschild și Iwona Chelminski, „The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients", *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 1911–1918.

„borderline" a fost folosit ani de zile ca o categorie generală pentru pacienții care nu se încadrau în diagnosticele deja stabilite. Oamenii descriși drept „borderline" păreau mai bolnavi decât nevroticii (care trec printr-o anxietate severă ca efect al unui conflict emoțional), dar totuși mai puțin bolnavi decât psihoticii (a căror detașare de realitate face imposibilă funcționarea lor normală).

De asemenea, această tulburare coexistă și se învecinează cu alte boli mentale: depresie, anxietate, tulburare bipolară (maniaco-depresivă), schizofrenie, tulburare de somatizare (ipohondria), tulburare de identitate disociativă (personalitate multiplă), tulburare de deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD), tulburare de stres posttraumatic, alcoolism, abuz de substanțe (inclusiv dependența de nicotină), tulburări de alimentație, fobii, tulburare obsesiv-compulsivă, isterie, sociopatie și alte tulburări de personalitate.

Deși termenul *borderline* a apărut prima dată în anii 1930, boala cu același nume n-a fost clar definită până în anii 1970. Timp de ani de zile, psihiatrii păreau să nu fi putut cădea de acord asupra existenței separate a sindromului și cu atât mai puțin asupra simptomelor specifice necesare unui diagnostic. Dar pe măsură ce tot mai mulți oameni căutau terapie pentru o serie unică de probleme de viață, parametrii tulburării s-au cristalizat. Diagnosticul de tulburare de personalitate borderline a fost definit prima dată în 1980, în ediția a treia a *Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale* (*DSM-III*), editat de Asociația Psihiatrilor Americani, „biblia" profesiei de psihiatru. De atunci au fost făcute mai multe revizuiri ale *DSM*, cea mai recentă variantă fiind *DSM-IV-TR*, publicată în 2000[5]. Deși diferite școli psihiatrice poartă încă dispute asupra naturii

[5] În anul 2013 a fost publicat DSM-5. *(N. red.)*

exacte, a cauzelor şi tratamentului TPB, tulburarea este astăzi recunoscută oficial ca o problemă majoră de sănătate mentală în America. Într-adevăr, pacienţii cu TPB consumă un procent mai mare de servicii de sănătate mentală decât ceilalţi cu orice alt diagnostic. [6, 7] În plus, studiile sugerează că circa 90% dintre pacienţii cu diagnosticul TPB au cel puţin încă un alt diagnostic psihiatric major.[8, 9]

În multe privinţe, sindromul borderline a fost pentru psihiatrie ceea ce este virusul pentru medicina generală: un termen inexact pentru o boală vagă, însă devastatoare, care pentru doctor este frustrantă ca tratament, dificil de definit şi imposibil de explicat adecvat pacientului.

GRANIŢE DEMOGRAFICE

Cine sunt persoanele borderline pe care le întâlnim în viaţa de zi cu zi?

Ea este Carol, o prietenă din şcoala primară. La o neglijenţă minoră, te acuză că o înjunghii pe la spate şi îţi

---

6 Donna S. Bender, Andrew E. Skodol, Maria E. Pagano et al., „Prospective Assessment of Treatment Use by Patients with Personality Disorders", *Psychiatric Services* 57 (2006): 254–257.

7 Marvin Swartz, Dan Blazer, Linda George et al., „Estimating the Prevalence of Borderline Personality Disorder in the Community", *Journal of Personality Disorders* 4 (1990): 257–272.

8 James J. Hudziak, Todd J. Boffeli, Jerold J. Kreisman et al., „Clinical Study of the Relation of Borderline Personality Disorder to Briquet's Syndrome (Hysteria), Somatization Disorder, Antisocial Personality Disorder, and Substance Abuse Disorders", *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 1598–1606.

9 Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen et al., „Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission", *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 2108–2114.

spune că nu i-ai fost niciodată prietenă cu adevărat. Câteva săptămâni sau luni mai târziu, Carol te sună amabilă şi liniştită, ca şi când nimic nu s-ar fi întâmplat între voi.

El este Bob, şeful tău de la birou. Într-o zi nu conteneşte să te laude pentru îndeplinirea unei sarcini de rutină; în altă zi te face cu ou şi cu oţet pentru o greşeală insignifiantă. Uneori este rezervat şi distant, alteori este, brusc şi impetuos, „unul dintre băieţii de gaşcă".

Ea este Arlene, iubita fiului tău. O săptămână este imaginea şcolăriţei perfecte; în următoarea este întruchiparea curentului punk. Se desparte „definitiv" de fiul tău într-o seară, doar pentru a se întoarce după câteva ore, jurându-i credinţă eternă.

El este Brett, vecinul de alături. Incapabil să accepte colapsul mariajului său, neagă vehement infidelitatea evidentă a soţiei sale, pentru ca imediat după aceea să-şi asume întreaga vină pentru aceasta. El se agaţă cu disperare de familia lui, trecând brusc de la vinovăţie şi autodenigrare la atacuri furibunde împotriva soţiei şi copiilor săi, care l-au acuzat „pe nedrept".

Dacă oamenii din aceste scurte profiluri par instabili, acest lucru n-ar trebui să surprindă — instabilitatea este caracteristica distinctivă a TPB. Incapabile să tolereze paradoxul, persoanele borderline sunt paradoxuri ambulante, autocontradicţii în carne şi oase. Instabilitatea lor este motivul principal pentru care specialiştii în sănătate mentală au avut atâtea dificultăţi în definirea unui set uniform de criterii pentru această boală.

Dacă aceşti oameni par mult prea familiari, nici acest lucru n-ar trebui să surprindă. Este foarte posibil să aveţi un soţ/soţie, rudă, prieten apropiat sau coleg de serviciu care este borderline. Poate că ştiţi câte ceva despre TPB sau recunoaşteţi caracteristici borderline în propria persoană.

Deşi stabilirea unor cifre exacte este dificilă, specialiştii în sănătate mentală sunt de acord, în general, că numărul

persoanelor borderline din populația generală este în creștere — și încă într-un ritm rapid —, cu toate că unii observatori afirmă că, de fapt, sporește conștientizarea acestei tulburări de către terapeuți și nu numărul persoanelor borderline.

Personalitatea borderline chiar este o „plagă" a zilelor noastre sau doar diagnosticul *borderline* este nou? Oricum ar fi, această tulburare a permis o nouă înțelegere a cadrului psihologic al câtorva boli înrudite. Numeroase studii au legat TPB de anorexie, bulimie, ADHD, dependența de substanțe și suicidul la adolescență — toate acestea sporind alarmant în ultimii zece ani. Unele studii au descoperit TPB la aproape 50% din totalul pacienților internați într-o instituție de tratare a tulburărilor de alimentație.[10] Alte studii au descoperit că peste 50% din dependenții de substanțe îndeplinesc și criteriile pentru TPB.

Tendințele autodistructive sau gesturile suicidare sunt foarte obișnuite la persoanele borderline — într-adevăr, acestea reprezintă unul dintre criteriile definitorii ale sindromului. Aproximativ 70% dintre pacienții cu TPB încearcă să se sinucidă. Incidența deceselor prin sinucidere documentate este de circa opt până la zece procente și chiar mai mare în cazul adolescenților borderline. Prezența unor tentative de suicid anterioare, o viață de familie haotică și lipsa sistemelor de susținere cresc probabilitățile. Riscul se amplifică și mai mult în cazul pacienților borderline care suferă în același timp și de o tulburare depresivă sau maniaco-depresivă (bipolară), ori de alcoolism sau dependență de substanțe.[11, 12]

---

[10] Craig Johnson, David Tobin și Amy Enright, „Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population", *Journal of Clinical Psychiatry* 50 (1989): 9–15.

[11] Joel Paris și Hallie Zweig-Frank, „A 27-Year Follow-Up of Patients with Borderline Personality Disorder", *Comprehensive Psychiatry* 42 (2001): 482–484.

[12] Alexander McGirr, Joel Paris, Alain Lesage et al., „Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A

CUM DIAGNOSTICHEAZĂ DOCTORII ACEASTĂ BOALĂ PSIHICĂ

Înainte de 1980, cele două ediții anterioare ale *DSM* prezentau bolile psihice în termeni descriptivi. Însă *DSM-III* a definit tulburările psihice conform unor paradigme *categoriale*, structurate; adică, anumite simptome au fost propuse ca fiind sugestive pentru un anumit diagnostic, iar când se întruneşte un anumit număr de astfel de criterii, se consideră că persoana îndeplineşte cerințele categoriale pentru diagnostic. În mod interesant, în cele patru revizuiri ale *DSM* din 1980 încoace s-au făcut doar modificări minore ale criteriilor definitorii pentru TPB. După cum vom vedea în curând, cu TPB sunt asociate nouă criterii, iar un individ se califică pentru acest diagnostic dacă manifestă cinci sau mai multe din cele nouă.

Paradigma categorială a stimulat controverse între psihiatri, mai ales în privința diagnosticelor de tulburare de personalitate. Spre deosebire de majoritatea celorlalte boli psihice, se consideră, în general, că tulburările de personalitate se dezvoltă în perioada timpurie a maturității şi persistă perioade extinse. Aceste trăsături de personalitate tind să fie rezistente şi se schimbă doar treptat în timp. Totuşi, sistemul categorial de definiții poate avea ca rezultat o schimbare de diagnostic abruptă şi nerealistă. În legătură cu TPB, un pacient borderline care manifestă cinci simptome de TPB încetează să mai fie considerat borderline dacă unul dintre simptome se modifică. O asemenea „vindecare" precipitată pare contradictorie conceptului de personalitate.

Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression", *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 721–729.

Unii cercetători au sugerat adaptarea *DSM* la o abordare *dimensională* a diagnosticului. Un asemenea model ar încerca să determine ceea ce s-ar putea numi „grade de borderline", de vreme ce anumite persoane borderline au în mod clar un nivel de funcționare mai înalt decât altele. Conform acestor autori, în loc să se conchidă că un individ este sau nu este borderline, boala ar trebui recunoscută de-a lungul unui spectru. Această abordare conferă o greutate diferită unora dintre criteriile definitorii, în funcție de simptomele reliefate de investigații ca fiind mai prevalente şi de durată. O asemenea metodă ar putea dezvolta un prototip borderline „pur", reprezentativ, care să standardizeze măsurătorile pe baza „potrivirii" pacientului cu descrierea. O abordare dimensională ar putea fi folosită pentru măsurarea deteriorării funcționalității. În acest mod, o persoană borderline înalt sau redus funcțională ar fi identificată după capacitatea sa de a-şi gestiona sarcinile obişnuite de zi cu zi. O altă metodologie ar măsura anumite trăsături, cum ar fi impulsivitatea, căutarea noutății, dependența de recompensă, evitarea rănirii, nevrotismul (reținând caracteristici precum vulnerabilitatea la stres, controlul slab al impulsului, anxietatea, labilitatea dispoziției etc.), care au fost asociate cu TPB.[13, 14, 15] Asemenea adaptări pot măsura mult mai precis schimbările şi gradul de ameliorare, în loc doar să determine prezența sau absența tulburării.

---

13 Thomas Widiger şi Paul T. Costa Jr., „Personality and Personality Disorders", *Journal of Abnormal Psychology* 103 (1994): 78–91.

14 John M. Oldham, „Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder", *Focus* 3 (2005): 396–400.

15 Robert L. Spitzer, Michael B. First, Jonathan Shedler et al., „Clinical Utility of Five Dimensional Systems for Personality Diagnosis", *Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (2008): 356–374.

Pentru a înțelege diferența dintre aceste două abordări bazate pe definiții, gândiți-vă la modul în care percepem „genul". Stabilirea faptului că cineva este bărbat sau femeie este o definire *categorială*, bazată pe factori obiectivi genetici și hormonali. Etichetele de masculinitate și feminitate, pe de altă parte, sunt concepte *dimensionale*, influențate de criterii mai puțin obiective, cum ar fi cele personale, culturale și altele. Este probabil ca viitoarele versiuni ale *DSM* să includă aspectele dimensionale ale diagnosticului.

DIAGNOSTICUL DE TPB

DSM-IV-TR enumeră nouă criterii categoriale pentru TPB, dintre care cinci trebuie să fie obligatoriu prezente pentru punerea diagnosticului.[16] La prima vedere, aceste criterii par să nu aibă nicio conexiune unele cu altele sau să aibă cel mult o legătură periferică. Însă la o explorare mai profundă, cele nouă simptome dezvăluie conexiuni complicate, interacționând unele cu altele astfel încât un simptom declanșează apariția altuia precum pistoanele unui motor cu combustie.

Cele nouă criterii pot fi rezumate după cum urmează (fiecare este descris pe larg în capitolul 2):

1. Eforturi frenetice de evitare a abandonului real sau imaginat.
2. Relații interpersonale intense și instabile.
3. Lipsa unui sentiment clar al identității.
4. Impulsivitate în comportamente potențial autovătămătoare, cum ar fi abuzul de substanțe, sex, furtul din magazine, șofat neglijent, mâncat compulsiv.

---

[16] Asociația Americană de Psihiatrie, *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*, ediția a patra, text revizuit, (București: Ed. Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2003): 706–711.

5. Amenințări sau gesturi suicidare recurente sau comportamente de automutilare.
6. Schimbări de dispoziție severe și o reactivitate extremă la stresul situațional.
7. Sentimente cronice de gol interior.
8. Manifestări frecvente și inadecvate ale furiei.
9. Sentimente trecătoare de absență a realității sau paranoia în situații de stres.

Această constelație de nouă simptome poate fi grupată în patru arii primare vizate adesea de tratament:

1. Instabilitatea stărilor de dispoziție (criteriile 1, 6, 7 și 8).
2. Impulsivitatea și comportamentele necontrolate periculoase (criteriile 4 și 5).
3. Psihopatologia interpersonală (criteriile 2 și 3).
4. Distorsiuni ale gândirii și percepției (criteriul 9).

HEMOFILIA EMOȚIONALĂ

Dincolo de nomenclatorul clinic se află angoasa trăită de persoanele borderline, de familiile și prietenii lor. Pentru persoana borderline, o mare parte din viață este un carusel emoțional sălbatic, fără vreo destinație evidentă. Pentru cei care iubesc, tratează sau locuiesc cu un borderline, viața poate părea la fel de sălbatică, lipsită de speranță și frustrantă.

Jennifer și milioane de alte persoane borderline sunt condamnate la accese de furie incontrolabile împotriva oamenilor pe care îi iubesc cel mai mult. Ele se simt neajutorate și goale pe dinăuntru, cu o identitate fragmentată de contradicții emoționale grave.

Schimbările de dispoziție apar brusc, exploziv, purtând persoana borderline de pe culmile bucuriei în abisurile depresiei. Plină de furie o oră, calmă în următoarea, adesea nu știe ce a împins-o către o asemenea mânie. După aceea, incapacitatea de a înțelege originile episodului îi aduce o mai mare ură de sine și depresie.

Un borderline suferă un fel de „hemofilie emoțională"; îi lipsește mecanismul de coagulare necesar temperării izbucnirilor lui emoționale. Pișcă „pielea" delicată a unui borderline și va sângera emoțional până la moarte. Perioadele susținute de mulțumire îi sunt străine persoanei borderline. Vidul cronic o secătuiește până când este forțată să facă orice ca să scape. Când este prinsă în gheara acestor stări joase, persoana borderline este predispusă la nenumărate acte impulsive autodistructive — combinarea alcoolului cu drogurile, maratoane de mâncat compulsiv, posturi anorectice, descărcări bulimice, practicarea frenetică a jocurilor de noroc, raiduri prin magazine, promiscuitate sexuală și automutilare. Ea poate încerca să se sinucidă, adesea nu cu intenția de a muri, ci de a simți *ceva*, pentru a-și confirma că este vie.

„Urăsc felul în care mă simt", mărturisește un borderline. „Când mă gândesc la sinucidere, pare foarte tentantă și atrăgătoare. Uneori este singurul lucru cu care am vreo legătură. Este dificil să nu vreau să-mi fac rău. Este ca și când, dacă îmi fac rău, frica și durerea vor dispărea."

În sindromul borderline este centrală lipsa unui sentiment fundamental al identității. Când se descriu pe sine, persoanele borderline schițează, de obicei, un autoportret confuz și contradictoriu, spre deosebire de alți pacienți care, în general, știu mai clar cine sunt. Pentru a-și depăși imaginea de sine neclară și în principal negativă, persoanele borderline, ca și actorii, caută în permanență „roluri bune", „personaje" desăvârșite, pe care să le poată

folosi pentru a-şi umple golul de identitate. Astfel, ele se adaptează adesea, cameleonic, mediului, situaţiei sau însoţitorilor de moment, asemenea personajului Zelig din filmul cu acelaşi nume al lui Woody Allen, care îşi asumă literalmente personalitatea, identitatea şi aspectul oamenilor din jurul lui.

Ispita experienţelor extatice, obţinute prin sex, droguri sau alte mijloace, este uneori copleşitoare pentru un borderline. În extaz, el se poate reîntoarce într-o lume primară, în care sinele şi lumea exterioară fuzionează — un soi de a doua pruncie. În perioadele de singurătate intensă şi vid interior, persoana borderline va recurge la consum excesiv de droguri, alcool sau escapade sexuale (cu unul sau mai mulţi parteneri), uneori zile în şir. Este ca şi când lupta de a-şi găsi identitatea devine intolerabilă, iar soluţia este fie pierderea completă a identităţii, fie găsirea unui sine aparent prin intermediul durerii sau amorţirii.

Istoria familiei unei persoane borderline este adesea marcată de alcoolism, depresie şi tulburări emoţionale. Copilăria unui borderline este deseori un câmp de luptă dezolant, presărat cu dărâmăturile indiferenţei, respingerii sau absenţei părinţilor, ale privaţiunii emoţionale şi abuzului cronic. Majoritatea studiilor au găsit în cazul multor pacienţi borderline un istoric de abuz psihologic, fizic sau sexual sever. Într-adevăr, pacienţii borderline se deosebesc de alţi pacienţi de psihiatrie printr-un trecut în care au fost maltrataţi, au fost martori la violenţe sau în care părinţii ori persoanele primare de îngrijire le-au invalidat experienţele.[17, 18]

---

[17] Lisa Laporte şi Herta Guttman, „Traumatic Childhood Experiences as Risk Factors for Borderline and Other Personality Disorders", *Journal of Personality Disorders* 10 (1996): 247–259.

[18] Mary C. Zanarini, Lynne Yong, Frances R. Frankenburg et al., „Severity of Reported Childhood Sexual Abuse and Its

Aceste relații instabile continuă în adolescență și la maturitate, când atașamentele romantice sunt foarte intense și, de obicei, scurte. Persoana borderline va curta cu asiduitate o femeie (sau un bărbat) într-o zi, pentru ca a doua zi să-i dea papucii. Relațiile romantice mai îndelungate — măsurate, de obicei, mai degrabă în săptămâni sau luni decât în ani — sunt, de regulă, pline de turbulențe și accese de mânie, încântare și entuziasm.

CLIVAJUL: LUMEA ÎN ALB ȘI NEGRU A PERSOANEI BORDERLINE

Lumea unui borderline, ca și aceea a unui copil, este împărțită în eroi și ticăloși. Rămas copil din punct de vedere emoțional, un borderline nu poate tolera contradicțiile și ambiguitățile umane; el nu poate reconcilia calitățile bune și rele ale cuiva într-o înțelegere constantă și coerentă a acelei persoane. În oricare moment, persoana este fie „bună", fie „rea"; nu este nimic intermediar, nicio zonă gri. Nuanțele și tonurile gradate sunt înțelese cu mare dificultate sau deloc. Iubiții și partenerii, mamele și tații, frații, prietenii și psihoterapeuții pot fi idolatrizați într-o zi, pentru ca în următoarea să fie complet devalorizați și respinși.

Când persoana idealizată dezamăgește într-un final (așa cum facem cu toții mai devreme sau mai târziu), persoana borderline trebuie să-și restructureze drastic concepția strictă, inflexibilă. Fie idolul este izgonit în temniță, fie persoana borderline se izgonește *pe sine* pentru a păstra imaginea „a-toate-bună" a celuilalt.

Relationship to Severity of Borderline Psychopathology and Psychosocial Impairment Among Borderline Inpatients", *Journal of Nervous and Mental Disease* 190 (2002): 381–387.

Acest tip de comportament, numit „clivaj", este principalul mecanism de apărare folosit de persoana borderline. Definit tehnic, clivajul este separarea rigidă a gândurilor şi emoţiilor pozitive şi negative despre sine şi ceilalţi; adică, incapacitatea de a sintetiza aceste emoţii. Majoritatea indivizilor pot trăi ambivalenţa şi pot percepe două stări emoţionale contradictorii în acelaşi timp; persoanele borderline pendulează, în mod tipic, înainte şi înapoi, fără a fi deloc conştiente de o stare emoţională atunci când sunt scufundate în alta.

Clivajul creează o cale de scăpare din anxietate: în mod obişnuit, persoana borderline percepe o relaţie sau un prieten apropiat (să-i spunem Joe) ca pe doi oameni diferiţi, în momente diferite. Într-o zi îl poate admira fără rezerve pe Joe cel bun, percepându-l ca fiind în totalitate bun; aspectele lui negative nu există; ele au fost epurate şi atribuite lui Joe cel rău. În alte zile, îl poate dispreţui total şi fără nicio remuşcare pe Joe cel rău, mâniindu-se paroxistic pe răutatea acestuia fără nicio mustrare de conştiinţă — pentru că acum aspectele lui pozitive sunt cele care nu există; el îi merită cu prisosinţă mânia.

Declanşat cu intenţia de a proteja persoana borderline de un baraj de emoţii şi imagini contradictorii — şi de anxietatea încercării de a reconcilia acele imagini —, mecanismul clivajului are deseori, în mod ironic, efectul contrar: rosăturile din ţesătura personalităţii se sfâşie complet; sentimentul propriei identităţi şi al identităţii celorlalţi fluctuează încă mai dramatic şi frecvent.

RELAŢII FURTUNOASE

În ciuda faptului că se simte în mod continuu victimizat de ceilalţi, un borderline caută cu disperare noi

relații; pentru că solitudinea, fie ea și temporară, este mai intolerabilă decât maltratarea. Pentru a scăpa de singurătate, persoana borderline va fugi în barurile pentru celibatari, în brațele cunoștințelor întâmplătoare agățate recent, undeva — oriunde — pentru a întâlni pe cineva care ar putea-o salva de tortura propriilor gânduri. Persoana borderline se află în permanență în căutarea Alesului.

În căutarea sa asiduă a unui rol structurat în viață, persoana borderline este, de obicei, atrasă — și atrage — de oameni cu trăsături de personalitate complementare. Personalitatea dominantă, narcisică a soțului lui Jennifer, de pildă, o pune într-un rol bine definit, cu foarte puțin efort. El a fost capabil să-i dea o identitate, chiar dacă acea identitate presupunea supunere și maltratare.

Totuși, pentru un borderline relațiile se dezintegrează adesea rapid. Menținerea apropierii de un borderline necesită o înțelegere a sindromului și disponibilitatea de a face echilibristică pe o sârmă lungă și periculoasă. Prea multă apropiere face persoana borderline să se simtă amenințată cu sufocarea. Dacă se păstrează distanța și este lăsată singură — chiar și pentru perioade scurte de timp —, își aminteşte sentimentul de abandon pe care l-a simțit când era copil. În ambele situații, persoana borderline reacționează cu mare intensitate.

Într-un fel, un borderline este ca un explorator emoțional, care are la el doar o hartă schematică sumară a relațiilor interpersonale; i se pare extrem de dificil să calibreze distanța psihică optimă față de ceilalți, în special față de ceilalți semnificativi. Pentru a compensa, el pendulează înainte și înapoi între dependența strânsă și manipularea furioasă, între șuvoaiele de recunoștință și izbucnirile de furie irațională. Se teme de abandon, așa că se agață; se teme să nu fie înghițit, așa că împinge la o parte. Tânjește după intimitate și este îngrozit de ea în

acelaşi timp. Sfârşeşte prin a-i respinge pe cei cu care îşi doreşte cel mai mult să fie în relaţie.

PROBLEME CU SLUJBA ŞI LA LOCUL DE MUNCĂ

Deşi persoanele borderline au dificultăţi extreme în gestionarea propriei vieţi personale, multe sunt capabile să funcţioneze productiv într-o situaţie de muncă — mai ales dacă slujba este bine structurată, clar definită şi suportivă. Unele se descurcă bine perioade lungi de timp, apoi brusc — din cauza unei modificări în structura slujbei sau a unei schimbări drastice în viaţa personală, ori pur şi simplu din plictiseală şi nevoia de schimbare — pleacă precipitat sau îşi sabotează poziţia şi trec la următoarea oportunitate. Multe persoane borderline se plâng de afecţiuni medicale minore cronice sau frecvente, ceea ce duce la vizite repetate la doctor şi la zile de concediu medical.[19]

Serviciul poate oferi un adăpost împotriva anarhiei relaţiilor lor sociale. Din acest motiv, persoanele borderline funcţionează adesea cel mai bine în medii de lucru bine structurate. De asemenea, şi profesiunile ce implică acordarea de asistenţă — medicină, îngrijire, cler, consiliere — atrag multe persoane borderline, care încearcă să obţină puterea sau controlul ce le scapă în relaţiile sociale. Un lucru poate mai important este că, în aceste roluri, persoanele borderline pot oferi altora îngrijirea — şi primi, în schimb, recunoştinţa lor — după care tânjesc în propria lor viaţă. Persoanele borderline sunt adesea

[19] Carolyn Z. Conklin şi Drew Westen, „Borderline Personality Disorder in Clinical Practice", *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 867–875.

foarte inteligente şi au talente artistice remarcabile; alimentate de accesul facil la emoţii puternice, ele pot fi creative şi pline de succes profesional.

Dar o slujbă foarte competitivă sau una nestructurată, ori un şef extrem de critic, poate declanşa furia intensă şi necontrolată, precum şi hipersensibilitatea la respingere faţă de care este vulnerabil un borderline. Mânia poate pătrunde în sfera locului de muncă, distrugând literalmente o carieră.

O „BOALĂ FEMEIASCĂ"?

Până de curând, studiile sugerau că femeile borderline depăşeau ca număr bărbaţii de trei sau patru ori. Însă cercetări epidemiologice mai recente confirmă că prevalenţa este similară la ambele genuri, deşi femeile intră în tratament mult mai frecvent. Mai mult, severitatea simptomelor şi dizabilităţile sunt mai pronunţate în cazul femeilor. Aceşti factori pot ajuta la înţelegerea motivului pentru care femeile au fost mult mai mult reprezentate în testele clinice. Dar pot exista şi alţi factori care contribuie la impresia că TPB este o „boală femeiască".

Unii critici consideră că diagnosticul borderline este influenţat de o anumită părtinire a clinicianului: psihoterapeuţii pot percepe problemele cu identitatea şi impulsivitatea ca fiind mai „normale" la bărbaţi; ca urmare, ei pot atribui mai rar acest diagnostic persoanelor de sex masculin. Dacă la femei comportamentul distructiv poate fi văzut ca rezultat al unei disfuncţii de dispoziţie, la bărbaţi el poate fi perceput ca antisocial. Dacă femeilor li se recomandă tratament pentru asemenea probleme, bărbaţii pot fi împinşi către sistemul judiciar, unde pierd definitiv şansa de a fi diagnosticaţi.

TPB LA DIFERITE GRUPE DE VÂRSTĂ

Multe dintre caracteristicile sindromului borderline — impulsivitatea, relațiile tumultuoase, confuzia în privința identității, instabilitatea dispoziției — sunt obstacole majore de dezvoltare pentru orice adolescent. Într-adevăr, stabilirea fundamentului identității este principala problemă atât pentru adolescent, cât şi pentru persoana borderline. De aici decurge, prin urmare, faptul că TPB este diagnosticată mai frecvent la adolescenți şi adulții tineri decât la alte grupe de vârstă.[20]

TPB pare să fie rară la persoanele mai în vârstă. Studii recente demonstrează că cel mai mare declin al diagnosticării TPB apare după vârsta de 45 de ani. Pe baza acestor date, unii cercetători avansează ipoteza că mulți adulți borderline mai în vârstă „se maturizează" şi sunt capabili să obțină o stabilizare în timp. Însă adulții mai în vârstă trebuie să se confrunte cu un declin progresiv al funcționării fizice şi mentale, care poate fi un proces adaptativ periculos pentru anumite persoane borderline care îmbătrânesc. Sarcina modificării aşteptărilor şi a ajustării imaginii de sine poate exacerba simptomele în cazul unei identități fragile. Persoana borderline cu o patologie persistentă poate nega deteriorarea funcțiilor, proiectând vina pentru deficiențe asupra celorlalți, devenind tot mai paranoidă; alteori, poate exagera handicapurile, devenind mai dependentă.

---

[20] Thomas H. McGlashan, „The Chestnut Lodge Follow-Up Study III, Long-Term Outcome of Borderline Personalities", *Archives of General Psychiatry* 43 (1986): 20–30.

FACTORI SOCIOECONOMICI

Patologia borderline a fost identificată în toate culturile şi clasele economice din Statele Unite. Însă rata TPB a fost semnificativ mai mare printre cei separaţi, divorţaţi, văduvi sau care trăiau singuri, precum şi printre cei cu venituri mici şi educaţie redusă. Consecinţele sărăciei asupra bebeluşilor şi copiilor — niveluri de stres mai ridicate, educaţie mai redusă şi lipsa unei bune îngrijiri a copilului, a îngrijirilor psihiatrice şi a asistenţei pe timpul sarcinii (care a dus, poate, la leziuni cerebrale sau malnutriţie) — ar putea conduce la o incidenţă mai mare a TPB printre săraci.

GRANIŢE GEOGRAFICE

Deşi majoritatea lucrărilor teoretice şi a studiilor empirice privind sindromul borderline au fost realizate în Statele Unite, alte ţări — Canada, Mexic, Israel, Suedia, Danemarca, alte naţiuni europene occidentale şi fosta URSS — au recunoscut patologiile borderline în cadrul populaţiilor lor.

Studiile comparative sunt insuficiente şi contradictorii în această privinţă. De exemplu, unele studii indică o incidenţă mai ridicată a TPB printre hispanici, în timp ce altele nu confirmă această descoperire. Unele studii au găsit o incidenţă mai mare a TPB printre indigenii americani de sex masculin. Studiile concordante sunt puţine, dar ar putea oferi o înţelegere extraordinară a elementelor culturale, sociale şi de creştere a copiilor care alcătuiesc ţesătura cauzală a sindromului.

COMPORTAMENTE BORDERLINE LA CELEBRITĂȚI ȘI PERSONAJE DE FICȚIUNE

Indiferent dacă personalitatea borderline este un fenomen nou sau doar o nouă etichetă pentru un mănunchi de durată și interconectat de emoții interioare și comportamente exterioare, ea constituie un subiect de interes pentru comunitatea domeniului sănătății mentale. Majoritatea psihiatrilor cred că sindromul borderline există de ceva timp și că prezența sa tot mai crescută nu e cauzată de răspândirea sa (ca o boală infecțioasă ori una cronică și debilitantă) în mintea pacienților, ci mai degrabă de conștientizarea ei de către clinicieni. Într-adevăr, mulți psihiatri consideră că unele dintre cele mai interesante cazuri de „nevroză" ale lui Sigmund Freud, de la începutul secolului al XX-lea, ar fi diagnosticate astăzi drept borderline.[21]

Perceput în acest mod, sindromul borderline devine o nouă perspectivă interesantă, din care pot fi înțelese unele dintre cele mai complexe personalități — din prezent și din trecut, reale și de ficțiune. Invers, figuri și personaje bine-cunoscute pot ilustra diferite aspecte ale sindromului. În acest sens, biografii și alții au făcut speculația că termenul poate fi aplicat unei game largi de figuri publice, precum prințesa Diana, Marilyn Monroe, Zelda Fitzgerald, Thomas Wolfe, T. E. Lawrence, Adolf Hitler și Muamar al-Gadhafi. Criticii culturali pot observa trăsături borderline la Blanche Dubois, din *Un tramvai numit dorință*, la Martha, din *Cui îi e frică de Virginia Wolf?*, la Sally Bowles, din *Cabaret*, la Travis Bickle, din *Șoferul de taxi*, la Howard Beale, din *Rețeaua* și la Carmen

---

[21] Louis Sass, „The Borderline Personality", *New York Times Magazine* (August 22, 1982): 102.

din opera cu acelaşi titlu a lui Bizet. Deşi simptomele sau comportamentele borderline pot fi observate la aceste figuri şi personaje, TPB nu trebuie considerată neapărat cauza sau declanşatorul acţiunilor radicale sau destinelor acestor oameni reali sau personaje, ori a operelor în care apar. Hitler era condus, de pildă, de disfuncţii mentale şi forţe sociale mult mai puternice în psihicul său decât TPB; cauzele adânci ale (presupusei) sinucideri lui Marilyn Monroe au fost probabil mult mai complexe decât afirmaţia simplistă că actriţa suferea de TPB. Nu există dovezi că realizatorii filmelor *Şoferul de taxi* şi *Reţeaua* au încercat să creeze în mod conştient un protagonist borderline. Ceea ce oferă sindromul borderline este o altă perspectivă în interpretarea şi analiza acestor personalităţi fascinante.

PROGRESE ÎN CERCETARE ŞI TRATAMENT

De la publicarea primei ediţii a acestei cărţi s-au făcut eforturi semnificative în cercetarea cauzelor TPB şi a tratamentului său. Progresul înţelegerii bazelor biologice, fiziologice şi genetice ale bolilor psihiatrice este exploziv. Interacţiunile dintre diferite părţi ale creierului şi modul în care se intersectează emoţiile şi gândirea executivă sunt scoase la lumină. Rolul neurotransmiţătorilor, al hormonilor şi al reacţiilor chimice din creier sunt mult mai bine înţelese. Sunt studiate vulnerabilitatea genetică, felul în care genele pot fi activate şi dezactivate, şi impactul evenimentelor vieţii în determinarea funcţionării personalităţii. S-au dezvoltat noi tehnici psihoterapeutice.

Studiile de lungă durată confirmă că mulţi pacienţi îşi revin în timp şi chiar mai mulţi cunosc ameliorări semnificative. Pe parcursul unui deceniu, 86% dintre pacienţii

borderline au obținut o ameliorare susținută a simptomelor, din care aproape jumătate în primii doi ani. Însă în ciuda diminuării simptomelor definitorii, mulți dintre acești pacienți continuă să aibă dificultăți în mediul social, școlar sau de lucru. Deși rata recurențelor este de 34% după zece ani, în cazul a 50% dintre pacienți se reușește o revenire totală și completă, cu o funcționare socială și vocațională bună.[22, 23]. Mulți pacienți borderline înregistrează ameliorări fără un tratament susținut, deși terapia continuă accelerează ameliorarea.[24]

CHESTIUNEA „PATOLOGIEI" BORDERLINE

Într-o măsură sau alta, cu toții ne luptăm cu aceleași probleme ca o persoană borderline — amenințarea separării, frica de respingere, confuzia în privința identității, sentimente de vid și plictiseală. Câți dintre noi n-am avut câteva relații intense, instabile? Ori n-am avut accese de furie din când în când? Sau n-am simțit atracția stărilor extatice? Sau nu ne-a fost urât să fim singuri, ori n-am trecut prin schimbări bruște de dispoziție, sau n-am acționat într-o manieră autodistructivă în anumite privințe?

---

22 Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, Jon Hennen et al., „Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 163 (2006): 827–832.

23 Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, D. Bradford Reich et al., „Time to Attainment of Recovery from Borderline Personality Disorder and Stability of Recovery: A 10-Year Prospective Follow-Up Study", *American Journal of Psychiatry* 168 (2010): 663–667.

24 J. Christopher Perry, Elisabeth Banon și Floriana Ianni, „Effectiveness of Psychotherapy for Personality Disorders", *American Journal of Psychiatry* 156 (1999): 1312–1321.

TPB, mai mult decât orice, ne reaminteşte că linia de demarcaţie dintre normal şi patologic poate fi uneori foarte subţire. Manifestăm cu toţii, într-o măsură mai mare sau mai mică, unele dintre simptomele personalităţii borderline? Răspunsul este probabil că da. Într-adevăr, citind acest prim capitol, mulţi dintre voi v-aţi putea gândi că vă sună foarte cunoscut. Însă factorul discriminatoriu este acela că nu toţi suntem controlaţi de sindrom astfel încât să ne perturbe — sau domine — viaţa. Cu aceste emoţii, gânduri şi comportamente extreme, TPB reprezintă unele dintre aspectele cele mai bune şi cele mai rele ale caracterului uman — şi ale societăţii noastre aflate la începutul secolului al XXI-lea. Explorându-i adâncimile şi limitele, ne putem confrunta cu instinctele noastre cele mai urâte şi cu potenţialul nostru cel mai ridicat — şi cu drumul greu pe care trebuie să-l parcurgem pentru a ajunge dintr-un punct în celălalt.

HAOS ŞI VID INTERIOR

„Totul este capriciu. Îi iubesc fără măsură pe aceia pe care curând îi voi urî fără motiv."
(Thomas Sydenham, medic englez din secolul al XVII-lea, despre „isterici", echivalentul personalității borderline de azi)

„Câteodată mă întreb dacă sunt posedată de diavol", spune Carrie, o asistentă socială din aripa de psihiatrie a unui mare spital. „Nu mă înțeleg pe mine însămi. Tot ce ştiu este că această personalitate borderline a mea m-a forțat să am o viață din care am exclus pe toată lumea. Aşa că sunt foarte, foarte singură."

Carrie a fost diagnosticată cu sindromul borderline după 22 de ani de terapie, medicație şi spitalizări pentru diferite boli mentale şi fizice. Până atunci fişa ei medicală arăta ca un paşaport uzat, paginile purtând ştampilele numeroaselor „teritorii" psihiatrice pe care le traversase.

„Ani de zile am fost când în spital, când afară, dar n-am găsit niciodată un terapeut care să mă fi înțeles şi să ştie prin ce trec."

Părinții lui Carrie divorțaseră când era bebeluş şi fusese crescută de mama ei alcoolică până la vârsta de

nouă ani. Un internat a avut grijă de ea timp de patru ani după aceea.

Când avea 21 de ani, depresia copleşitoare a obligat-o să caute ajutorul terapiei; a fost diagnosticată şi tratată pentru depresie la acea vreme. Câţiva ani după aceea, stările ei de dispoziţie au început să fluctueze radical şi a fost tratată pentru tulburarea bipolară (maniaco-depresivă). Pe parcursul acestei perioade a luat în mod repetat supradoze de medicamente şi şi-a tăiat încheieturile de multe ori.

„Mă tăiam şi luam supradoze de calmante, antidepresive sau orice alt medicament se întâmpla să-mi fie prescris la momentul respectiv", îşi aminteşte ea. „Devenise aproape un mod de viaţă."

În jurul vârstei de 25 de ani, a început să aibă halucinaţii auditive şi să devină sever paranoidă. În această perioadă a fost internată pentru prima dată şi a fost diagnosticată ca schizofrenică.

Şi mai târziu în viaţă, Carrie a fost spitalizată la cardiologie de nenumărate ori pentru dureri puternice în piept, care ulterior au fost recunoscute ca fiind legate de anxietate. A trecut prin perioade de mâncat compulsiv şi înfometări prin post; pe o perioadă de câteva săptămâni, greutatea ei înregistra variaţii de 35 de kilograme.

La 32 de ani a fost violată brutal de un medic din spitalul în care lucra. Curând după aceea, s-a întors la şcoală şi a fost atrasă într-o relaţie sexuală cu una dintre profesoarele ei. Până la vârsta de 42 de ani, colecţia ei de fişe medicale conţinea aproape toate diagnosticele imaginabile, incluzând schizofrenie, depresie, tulburare bipolară, ipohondrie, anxietate, anorexie nervoasă, disfuncţie sexuală şi tulburare de stres posttraumatic.

În ciuda problemelor ei mentale şi fizice, Carrie era capabilă să-şi facă destul de bine treaba la serviciu. Deşi schimbase frecvent slujbele, reuşise să termine un

doctorat în asistență socială. A fost capabilă chiar să predea o vreme la un mic colegiu pentru femei.

Însă relațiile ei personale erau extrem de limitate. „Singurele relații pe care le-am avut cu bărbații au fost cele în care am fost abuzată sexual. Câțiva bărbați au vrut să se însoare cu mine, dar pentru mine, a mă apropia de cineva sau a fi atinsă reprezintă o mare problemă. Nu pot să suport asta. Mă face să vreau s-o iau la fugă. Am fost logodită de câteva ori, dar a trebuit să rup logodnele. Este nerealist pentru mine să mă gândesc că aș putea fi soția cuiva."

Cât despre prieteni, ea spune: „Sunt foarte preocupată de mine. Spun tot ce gândesc, simt, știu sau nu știu. E foarte greu pentru mine să devin interesată de alți oameni."

După mai bine de 20 de ani de tratament, simptomele lui Carrie au fost recunoscute și diagnosticate, în cele din urmă, drept TPB. Disfuncția ei provenea din trăsăturile sale de personalitate fixate adânc și durabil, ce indicau mai degrabă o tulburare de personalitate sau a „trăsăturilor", decât „stările" ei de boală trecătoare, diagnosticate anterior.

„Ca personalitate borderline, cea mai dificilă parte a fost vidul interior, singurătatea și intensitatea emoțiilor", spune ea astăzi. „Comportamentele extreme m-au menținut în starea de confuzie. Uneori nu știu ce simt sau cine sunt."

O mai bună înțelegere a bolii lui Carrie a condus la un tratament mai coerent. Medicația a fost utilă în tratarea simptomelor acute și a oferit liantul pentru menținerea unui sentiment de sine mai coerent; în același timp, ea a recunoscut limitele medicației.

Psihiatrul său împreună cu alți medici care se ocupau de ea au ajutat-o să înțeleagă legătura dintre acuzele ei fizice și anxietatea sa, pentru a putea să evite corvoada analizelor medicale, a medicamentelor și a operațiilor inutile. Psihoterapia a fost reglată pe „varianta lungă", focalizându-se pe funcționalitate și stabilizarea

identității şi a relațiilor ei, în locul nesfârşitului şir de urgențe acute.

La 46 de ani, Carrie a trebuit să învețe că un întreg set de comportamente anterioare nu mai erau acceptabile. „Acum nu mai am opțiunea să mă tai, să iau supradoză sau să fiu spitalizată. Am jurat că o să trăiesc şi o să fac față lumii reale, dar trebuie să vă spun că este un loc înfricoşător. Încă nu sunt sigură dacă pot s-o fac sau dacă *vreau* s-o fac."

BORDERLINE: O TULBURARE DE PERSONALITATE

Călătoria lui Carrie prin acest labirint de simptome şi diagnostice medicale şi psihiatrice ilustrează confuzia şi disperarea trăite de persoanele afectate de boala mentală, precum şi de cele care le ajută. Deşi detaliile specifice cazului lui Carrie ar putea fi considerate extreme de către unii, milioane de femei — şi bărbați — suferă de probleme similare în privința relațiilor, intimității, depresiei şi abuzului de substanțe. Poate că dacă ar fi fost diagnosticată mai devreme şi mai precis, ar fi fost scutită de o parte din durere şi singurătate.

Deşi personalitățile borderline suferă de o grămadă de simptome dureroase care le perturbă viața în mod sever, psihiatrii au început abia recent să înțeleagă tulburarea şi s-o trateze eficace. Ce este o „tulburare de personalitate"? Ce face mai exact un borderline? Cum se aseamănă personalitatea borderline cu alte tulburări şi prin ce diferă de ele? Cum se potriveşte sindromul borderline în schema generală a medicinei psihiatrice? Acestea sunt întrebări dificile chiar şi pentru profesionişti, mai ales din cauza naturii neclare, paradoxale, a bolii şi evoluției sale curioase în psihiatrie.

Un model larg acceptat sugerează că personalitatea individului este, de fapt, o combinație între *temperament* (caracteristicile personale moștenite, precum nerăbdarea, vulnerabilitatea la adicții etc.) și *caracter* (achiziții de dezvoltare determinate de mediu și experiențele de viață) — cu alte cuvinte, un amestec „natură–cultură". Caracteristicile *temperamentului* pot fi corelate cu markeri genetici și biologici, dezvoltați devreme în viață, și sunt percepute ca instincte sau obiceiuri. *Caracterul* apare mai lent, spre maturitate, modelat de întâlnirile din lume. Prin lentilele acestui model, TPB poate fi văzută ca un colaj rezultat din confruntarea genelor cu mediul.[1, 2]

TPB este una dintre cele zece tulburări de personalitate menționate în *DSM-IV-TR*: în terminologia *DSM*, tulburările de personalitate sunt incluse în categoriile Axei II (pentru o discuție mai detaliată a categoriilor din *DSM-IV-TR*, vezi Anexa A). Aceste tulburări sunt diferențiate de un grup de *trăsături* emergente, care devin pronunțate în comportamentul unui individ. Aceste trăsături sunt relativ inflexibile și au ca rezultat tipare dezadaptative de percepție, comportament și relaționare cu ceilalți.

Dimpotrivă, tulburările de *stare* (Axa I în *DSM-IV-TR*) nu sunt, de obicei, la fel de durabile ca tulburările de *trăsătură*. Tulburările de stare, cum ar fi depresia, schizofrenia, anorexia nervoasă, dependența chimică, sunt mult mai adesea limitate ca timp sau episod. Simptomele pot apărea brusc, fiind apoi rezolvate pe măsură ce pacientul revine la „normal". De multe ori, aceste boli sunt corelate direct cu dezechilibrele din biochimia corpului și adesea pot fi tratate prin medicație, care elimină, practic, simptomele.

---

1 Stefano Pallanti, „Personality Disorders: Myths and Neuroscience", *CNS Spectrums* 2 (1997): 53–63.

2 Jerold J. Kreisman și Hal Straus, *Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder* (Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2004): 13.

Simptomele unei tulburări de personalitate, pe de altă parte, tind să fie trăsături mult mai durabile şi se modifică doar treptat; medicaţia este, în general, mult mai puţin eficace. Psihoterapia este cea mai indicată, cu toate că şi alte tratamente, inclusiv medicaţia, pot ameliora multe simptome, în special agitaţia sau depresia severă (vezi Capitolul 9). În majoritatea cazurilor, sindromul borderline şi alte tulburări de personalitate sunt un diagnostic secundar, descriind funcţionarea caracterială subiacentă a unui pacient care manifestă simptomele mai acute şi pronunţate ale unei tulburări de stare.

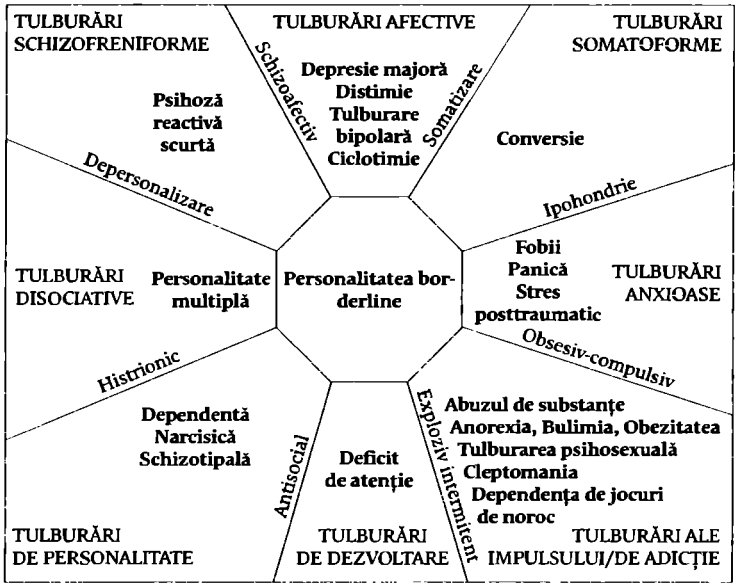
COMPARAŢII CU ALTE TULBURĂRI

Dat fiind că sindromul borderline este deghizat adesea sub masca unei boli diferite şi este asociat frecvent cu alte boli, deseori clinicienii nu admit că TPB poate fi o componentă importantă în evaluarea unui pacient. Ca urmare, persoana borderline devine adesea, ca şi Carrie, un pacient mult-plimbat, evaluat de multe spitale şi mulţi medici, fiind însoţit de-a lungul vieţii de un sortiment variat de etichete de diagnostic.

TPB poate interacţiona cu alte tulburări în mai multe moduri (*vezi Figura 2-1*). În primul rând, TPB poate coexista cu tulburările de stare (Axa I) în aşa fel încât patologia borderline este camuflată. De exemplu, TPB poate fi acoperită de siajul unei depresii severe mult mai pronunţate. După rezolvarea depresiei cu medicaţie antidepresivă, caracteristicile borderline pot ieşi la suprafaţă şi abia atunci pot fi recunoscute drept structura caracterială subiacentă ce necesită tratament mai departe.

În al doilea rând, TPB poate fi strâns legată de dezvoltarea unei alte tulburări, chiar contribuind la aceasta. De exemplu, implusivitatea, autodistructivitatea, dificultăţile interpersonale, imaginea de sine deteriorată şi stările

Figura 2-1. Schema poziției TPB în relație cu alte tulburări mentale



de dispoziție fluctuante, care apar adesea la pacienții cu abuz de substanțe sau tulburări alimentare, pot indica mai degrabă TPB decât tulburarea principală de pe Axa I. Deşi s-ar putea argumenta că abuzul cronic de alcool poate altera, în cele din urmă, caracteristicile personalității în așa fel încât să se dezvolte în subsidiar un tipar borderline, pare mult mai probabil ca patologia caracterială subiacentă să fi apărut prima şi să fi condus la alcoolism.

Întrebarea care a fost mai întâi, oul sau găina, poate fi dificil de rezolvat, dar dezvoltarea bolilor asociate cu TPB poate reprezenta un tip de vulnerabilitate psihologică la stres. Așa cum anumiți indivizi au anumite predispoziții genetice şi biologice la anumite boli fizice — infarct, cancer, probleme gastrointestinale etc. —, mulți au, de asemenea, anumite predilecții pentru boli psihice, mai ales când unei vulnerabilități subiacente la TPB i se adaugă

stresul. Astfel, în condiții de stres, un borderline apelează la droguri, altul dezvoltă o tulburare alimentară, iar altul intră în depresie majoră.

În al treilea rând, TPB poate imita în totalitate o altă tulburare, astfel încât pacientul poate fi diagnosticat în mod eronat cu schizofrenie, anxietate, tulburare bipolară, tulburare de deficit de atenție, hiperactivitate (ADHD) sau alte boli.

COMPARAȚIE CU SCHIZOFRENIA

De obicei, pacienții schizofrenici sunt mai sever deteriorați decât cei borderline şi mai puțin capabili de manipulare şi relaționare cu ceilalți. Ambele tipuri de pacienți pot trece prin episoade psihotice agitate, dar, de regulă, acestea sunt mai puțin coerente şi durabile în timp la pacienții borderline. Este mult mai probabil ca schizofrenicii să devină obişnuiți cu halucinațiile şi delirurile lor, fiind adesea mai puțin tulburați de ele. În plus, ambii pot fi distructivi şi automutilanți, dar în timp ce pacientul borderline poate funcționa adecvat, de obicei schizofrenicul prezintă o deteriorare socială mult mai pronunțată.

COMPARAȚIE CU TULBURĂRILE AFECTIVE (TULBURAREA BIPOLARĂ ŞI DEPRESIVĂ)

„Oscilațiile de dispoziție" şi „vârtejurile de gânduri" sunt o acuză frecventă a pacientului, la care clinicianul răspunde spontan cu diagnosticul de depresie sau tulburare bipolară (maniaco-depresivă). Însă asemenea simptome se potrivesc cu TPB şi chiar cu ADHD, ambele fiind mai frecvente decât tulburarea bipolară. Diferențele dintre aceste sindroame sunt dramatice. Pentru cei afectați de depresie sau tulburare bipolară, episoadele de depresie sau manie reprezintă abateri radicale de la funcționalitate. Schimbările de dispoziție durează de la zile la săptămâni. Între oscilațiile de dispoziție, aceste persoane

duc o viață relativ normală și, de obicei, pot fi tratate eficace prin medicație. Pacienții borderline, în schimb, au în mod tipic dificultăți de funcționare (cel puțin la nivel intern) chiar și când nu manifestă oscilații de dispoziție pronunțate. Când este autodistructiv, hiperactiv, amenință cu sinuciderea sau trece prin oscilații rapide și ample de dispoziție, pacientul borderline poate părea bipolar, dar variațiile de dispoziție ale pacientului borderline trec mult mai repede (durează mai degrabă ore decât zile sau săptămâni) și cel mai adesea sunt doar reacții la stimulii din mediu.[3]

TPB ȘI ADHD

Persoanele cu ADHD sunt supuse unei avalanșe constante de cogniții fulgerătoare. Ca și persoanele borderline, trec adesea prin schimbări de dispoziție furtunoase, vârtejuri de gânduri, impulsivitate, izbucniri de furie, nerăbdare și toleranță redusă la frustrare; au un istoric de abuz de droguri sau alcool (automedicație) și relații chinuitoare, și se plictisesc cu ușurință. Într-adevăr, multe caracteristici ale personalității borderline corespund „temperamentului tipic ADHD", cum ar fi căutarea frecventă a noutății (căutarea stimulării), dublată de o dependență scăzută de recompensă (lipsa de preocupare pentru consecințele imediate).[4] Câteva studii au înregistrat, deloc surprinzător, corelații între aceste diagnostice. Conform unor studii prospective, copiii diagnosticați cu ADHD dezvoltă frecvent o tulburare de personalitate, în special TPB, pe măsură ce cresc.

---

3 Jess G. Fiedorowicz și Donald W. Black, „Borderline, Bipolar, or Both?", *Current Psychiatry* 9 (2010): 21–32.

4 Henrik Anckarsater, Ola Stahlberg, Tomas Larson et al., „The Impact of ADHD and Autism Spectrum Disorders on Temperament, Character, and Personality Development", *American Journal of Psychiatry* 163 (2006): 1239–1244.

Studii prospective au determinat faptul că adulții cu diagnosticul de TPB se încadrau adesea în diagnosticul de ADHD în copilărie.[5, 6, 7] Dacă una din boli este cauza celeilalte, dacă ele merg adesea împreună sau dacă sunt doar manifestări înrudite ale aceleiași tulburări, rămâne să fie investigat pe viitor. În mod interesant, un studiu a demonstrat că tratamentul simptomelor ADHD a ameliorat și simptomele de TPB la pacienții diagnosticați cu ambele tulburări.[8]

TPB ȘI DUREREA

S-a demonstrat că persoanele cu borderline au o reacție paradoxală la durere. Multe studii au arătat o sensibilitate semnificativ scăzută la durerea acută, mai ales când era autoprovocată (vezi paragraful *Autodistrugere*). Însă cu toate acestea, persoanele borderline manifestă o sensibilitate mult mai mare la durerea cronică. Acest „paradox al durerii" pare specific doar persoanelor borderline și nu a fost explicat satisfăcător. Unii consideră că durerea acută, mai ales dacă este autoprovocată, satisface

---

5 Carlin J. Miller, Janine D. Flory, Scott R. Miller et al., „Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Emergence of Personality Disorders in Adolescence: A Prospective Follow-Up Study", *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (2008): 1477–1484.

6 Alexandra Philipsen, Mathias F. Limberger, Klaus Lieb et al., „Attention-Deficit Hyperactivity Disorder as a Potentially Aggravating Factor in Borderline Personality Disorder", *British Journal of Psychiatry* 192 (2008): 118–123.

7 Andrea Fossati, Liliana Novella, Deborah Donati et al., „History of Childhood Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Borderline Personality Disorder: A Controlled Study", *Comprehensive Psychiatry* 43 (2002): 369–377.

8 Pavel Golubchik, Jonathan Sever, Gil Zalsman et al., „Methylphenidate in the Treatment of Female Adolescents with Co-occurrence of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder: A Preliminary Open-Label Trial", *International Clinical Psychopharmacology* 23 (2008): 228–231.

anumite nevoi psihologice ale pacientului şi este asociată cu modificări ale activității electrice a creierului şi, poate, cu o eliberare rapidă de opioide endogene, narcoticele proprii corpului. Însă durerea permanentă trăită în afara controlului persoanei borderline poate avea ca rezultat o apărare analgezică internă mult mai scăzută, provocând mai multă anxietate.[9, 10]

TPB ŞI TULBURAREA DE SOMATIZARE

Persoana borderline se poate focaliza pe bolile sale fizice, plângându-se zgomotos şi dramatic personalului medical şi cunoştințelor, pentru a menține relații de dependență cu toți aceştia. Ea poate fi considerată pur şi simplu ipohondră, în timp ce înțelegerea problemelor sale subiacente este complet ignorată. Tulburarea de somatizare este o boală definită prin numeroase acuze fizice ale pacientului (inclusiv dureri, simptome gastrice, neurologice şi sexuale) neexplicate de nicio disfuncție medicală cunoscută. În ipohondrie, pacientul este convins că are o boală cumplită, în ciuda rezultatelor negative ale evaluării medicale.

TPB ŞI TULBURĂRILE DISOCIATIVE

Tulburările disociative includ fenomene precum amnezia, sentimentul de ireal în ceea ce priveşte propria persoană (*depersonalizare*) sau în ceea ce priveşte mediul (*derealizare*). Cea mai extremă formă de disociere este tulburarea disociativă de identitate, numită înainte

---

9 Randy A. Sansone şi Lori A. Sansone, „Borderline Personality and the Pain Paradox", *Psychiatry* 4 (2007): 40–46.

10 James J. Hudziak, Todd J. Boffeli, Jerold J. Kreisman et al., „Clinical Study of the Relation of Borderline Personality Disorder to Briquet's Syndrome (Hysteria), Somatization Disorder, Antisocial Personality Disorder, and Substance Abuse Disorders", *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 1598–1606.

„personalitate multiplă". Aproape 75% dintre persoanele cu TPB manifestă unele fenomene disociative.[11] Prevalența TPB în rândul celor care suferă de cele mai severe forme de disociere ca diagnostic principal este și mai mare.[12] Cele două tulburări au simptome comune — impulsivitate, izbucniri de furie, relații perturbate, schimbări radicale de dispoziție și o înclinație spre automutilare. Adesea există un istoric de maltratare, abuz sau neglijență în copilărie.

TPB ȘI STRESUL POSTTRAUMATIC

Stresul posttraumatic este un complex de simptome care urmează unui eveniment traumatic sever, cum ar fi un dezastru natural sau războiul. Este caracterizat de frică intensă, retrăirea emoțională a evenimentului, coșmaruri, iritabilitate, răspuns exagerat la sperietură, evitarea locurilor sau activităților asociate cu evenimentul și un sentiment de neajutorare. Dat fiind că atât TPB, cât și stresul posttraumatic au fost adesea asociate cu un istoric de abuz extrem în copilărie și reflectă simptome similare — cum ar fi reacții emoționale extreme și impulsivitate —, unii au afirmat că este vorba despre una și aceeași boală. Deși unele studii arată că ele pot apărea împreună în 50% din cazuri sau chiar mai mult, ele sunt tulburări clar diferite, cu criterii de definire distincte.[13]

---

[11] Vedat Sar, Gamze Akyuz, Nesim Kugu et al., „Axis I Dissociative Disorder Comorbidity in Borderline Personality Disorder and Reports of Childhood Trauma", *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (2006): 1583–1590.

[12] Richard P. Horevitz și Bennett G. Braun, „Are Multiple Personalities Borderline?", *Psychiatric Clinics of North America* 7 (1984): 69–87.

[13] Julia A. Golier, Rachel Yehuda, Linda M. Bierer et al., „The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events", *American Journal of Psychiatry* 160 (2003): 2018–2024.

Multe caracteristici ale TPB se suprapun cu cele ale altor tulburări de personalitate. De exemplu, personalitatea dependentă are în comun cu cea borderline aspecte precum dependență, evitarea singurătății şi relații încordate. Însă dependentului îi lipsesc autodistructivitatea, furia şi schimbările de dispoziție ale personalității borderline. La fel, personalitatea schizotipală are relații şubrede cu ceilalți şi dificultăți de încredere, dar este mai excentrică şi mai puțin autodistructivă. Adesea un pacient manifestă suficiente caracteristici a două sau mai multe tulburări de personalitate pentru a fi diagnosticat cu fiecare în parte. De exemplu, un pacient poate afişa caracteristici care să conducă la diagnosticarea sa atât cu tulburarea de personalitate borderline, cât şi cu tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă.

În *DSM-IV-TR*, TPB este clasată într-un grup de tulburări de personalitate ce prezintă, în general, caracteristici dramatice, emoționale sau fluctuante (vezi Anexa A). Celelalte tulburări de personalitate din acest grup sunt cea narcisică, antisocială şi histrionică, cu care TPB este deseori comparată.

Atât persoanele borderline, cât şi cele narcisice manifestă hipersensibilitate la critică; eşecurile sau respingerile pot precipita depresia severă. Ambele tipuri de persoane îi exploatează pe ceilalți; ambele pretind o atenție aproape constantă. Însă, de obicei, personalitatea narcisică are un nivel mai ridicat de funcționalitate. Narcisicul afişează un sentiment exagerat al propriei importanțe (ce camuflează uneori o insecuritate disperată), manifestă dispreț față de ceilalți şi îi lipseşte cea mai mică urmă de empatie. Persoana borderline, în schimb, are o stimă de sine mai scăzută şi este extrem de dependentă de reasigurările celorlalți. Persoana borderline se agață disperat de ceilalți şi, de regulă, este mai sensibilă la reacția lor.

Ca şi personalitatea borderline, cea antisocială manifestă impulsivitate, toleranţă scăzută la frustrare şi relaţii manipulative. Însă antisocialului îi lipseşte sentimentul de vinovăţie sau conştiinţa; este mai detaşat şi nu este autodistructiv în mod intenţionat.

Personalitatea histrionică are în comun cu cea borderline tendinţa de căutare a atenţiei, caracterul manipulativ şi emoţiile instabile. Însă histrionicul dezvoltă adesea roluri şi relaţii mai stabile. De obicei este mai flamboaiant în vorbire şi maniere, iar reacţiile sale emoţionale sunt exagerate. Atractivitatea fizică este principala preocupare a histrionicului. Un studiu a comparat funcţionarea psihologică şi socială la pacienţii cu TPB, tulburările de personalitate schizotipală, obsesiv-compulsivă sau evitantă şi pacienţii cu depresie majoră. Pacienţii cu tulburare de personalitate borderline şi schizotipală erau semnificativ mai afectaţi funcţional decât cei cu altă tulburare de personalitate şi cei cu depresie majoră.[14]

TPB ŞI ABUZUL DE SUBSTANŢE

TPB şi abuzul de substanţe sunt asociate frecvent. Aproape o treime din cei cu un diagnostic pe viaţă de abuz de substanţe îndeplinesc şi criteriile pentru TPB. Şi, de asemenea, peste 50% dintre pacienţii internaţi cu TPB fac abuz de droguri sau alcool.[15, 16] Alcoolul sau drogurile

---

[14] Andrew E. Skodol, John G. Gunderson, Thomas H. McGlashan et al., „Functional Impairment in Patients with Schizotypal, Borderline, Avoidant, or Obsessive-Compulsive Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 159 (2002): 276–283.

[15] T. J. Trull, D. J. Sher, C. Minks-Brown et al., „Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorders: A Review and Integration", *Clinical Psychological Review* 20 (2000): 235–253.

[16] Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen et al., „Axis I Comorbidity in Patients with Borderline Personality Disorder: 6-Year Follow-Up and Prediction of Time to Remission", *American Journal of Psychiatry* 161 (2004): 2108–2114.

pot reflecta comportamente impulsive, de furie sau de autopedepsire, pofta de senzații tari sau un mecanism de a face față singurătății. Dependența de droguri poate fi un substitut pentru relațiile sociale hrănitoare, un mod familiar și comod de stabilizare sau automedicație a stărilor de dispoziție fluctuante, ori un mod de stabilire a unui anumit sentiment de apartenență sau al propriei identități. Aceste posibile explicații ale apelării la abuzul de substanțe chimice sunt totodată și unele dintre criteriile definitorii pentru TPB.

ANORECTICUL/BULIMICUL BORDERLINE SAU BORDERLINE-UL ANORECTIC/BULIMIC?

Anorexia nervoasă și bulimia au devenit probleme majore de sănătate în această țară, mai ales în rândul femeilor tinere. Tulburările alimentare sunt stimulate de un dezgust fundamental față de propriul corp și de o dezaprobare generală a propriei identități. Anorectica se vede pe sine doar în extremele alb-negru absolute — fie ca obeză (cum se simte întotdeauna), fie ca slabă (cum crede că nu reușește niciodată să ajungă pe deplin). Simțind constant că nu deține controlul, ea folosește impulsiv înfometarea sau mâncatul compulsiv urmat de purgație pentru a-și menține iluzia autocontrolului. Asemănarea dintre acest tipar și tiparul borderline i-a făcut pe mulți profesioniști în sănătate mentală să deducă o legătură puternică între cele două. Într-adevăr, multe studii confirmă prevalența ridicată a tulburărilor de personalitate în rândul celor ce suferă de tulburări alimentare și, invers, co-apariția frecventă a tulburărilor de personalitate la cei cu orice tip de tulburare alimentară.[17]

---

[17] Drew Westen și Jennifer Harnden-Fischer, „Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II", *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 547–562.

Anumite comportamente compulsive sau distructive pot reflecta tipare borderline. De exemplu, un jucător compulsiv de jocuri de noroc va continua să joace în ciuda lipsei de fonduri. El poate căuta senzații tari într-o lume care, de obicei, îl lasă plictisit, neliniştit şi amorțit. Sau jocul de noroc poate fi o expresie a unei autopedepsiri impulsive. Cei ce fură din magazine iau obiecte de care nu au nevoie. Circa 50% dintre bulimici au şi manifestări de cleptomanie, promiscuitate sau fac uz de droguri.[18] Când aceste comportamente sunt guvernate de compulsie, ele pot reprezenta nevoia de a simți sau de durere autoprovocată.

Promiscuitatea reflectă adesea nevoia de dragoste şi atenție constantă din partea celorlalți, pentru păstrarea sentimentelor pozitive despre propria persoană. În mod tipic, persoanei borderline îi lipseşte o viziune despre sine pozitivă, coerentă, şi necesită reasigurări continue. O femeie borderline, lipsindu-i stima de sine, îşi poate percepe atractivitatea fizică drept singurul său atu şi poate cere confirmarea valorii ei prin angajarea frecventă în relații sexuale. Astfel, evită durerea de a fi singură şi creează relații artificiale pe care le poate controla în totalitate. Faptul de a se simți dorită îi poate da un sentiment de identitate. Când autopedepsirea devine o parte predominantă a psihodinamicii, umilirea şi perversiunile masochiste pot apărea în relații. Din această perspectivă, este logic să presupunem că multe prostituate, actori pornografici şi modele pot fi borderline.

Dificultățile în privința relațiilor pot avea ca rezultat o gândire şi comportamente private ritualice, exprimate adesea ca obsesii ori compulsii. Un borderline poate dezvolta fobii specifice pe măsură ce-şi activează gândirea

---

[18] Regina C. Casper et al., „Bulimia: Its Incidence and Clinical Importance in Patients with Anorexia Nervosa", *Archives of General Psychiatry* 37 (1980): 1030–1035.

magică pentru a face față fricilor; perversiunile sexuale pot deveni un mecanism de apropiere de intimitate.

APELUL LA CULTE

Pentru că persoanele borderline tânjesc după ghidare și acceptare, ele pot fi atrase de liderii puternici ai grupurilor disciplinate. Cultul poate fi foarte atractiv, de vreme ce oferă o acceptare imediată și necondiționată, intimitate automată și un lider patriarhal care va fi imediat idealizat. Persoana borderline poate fi foarte vulnerabilă la o asemenea concepție despre viață în alb și negru, în care „răul" este întruchipat de lumea din afară, iar „binele" se află în interiorul grupului cultului.

TPB ȘI SINUCIDEREA

Până la 70% dintre pacienții cu TPB încearcă să se sinucidă, iar rata suicidului reușit se apropie de 10%, de aproape o mie de ori mai mare decât rata înregistrată în rândul populației generale. În grupul de mare risc al adolescenților și adulților tineri (cu vârsta cuprinsă între 15 și 29 de ani) TPB a fost diagnosticată la o treime din cazurile de sinucidere. Deznădejdea, agresivitatea impulsivă, depresia majoră, utilizarea concomitentă de droguri și istoricul de abuz în copilărie sporesc riscul. Deși simptomele de anxietate sunt asociate adesea cu suicidul în cadrul altor boli, persoanele borderline care manifestă o anxietate semnificativă au o probabilitate mai mică să comită suicidul.[19, 20, 21]

---

19 Beth S. Brodsky, Kevin M. Malone, Steven P. Ellis et al., „Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated with Suicidal Behavior", *American Journal of Psychiatry* 154 (1997): 1715–1719.

20 Paul H. Soloff, Kevin G. Lynch, Thomas M. Kelly et al., „Characteristics of Suicide Attempts of Patients with Major Depressive Episode and Borderline Personality Disorder: A Comparative Study", *American Journal of Psychiatry* 157 (2000): 601–608.

21 Alexander McGirr, Joel Paris, Alain Lesage et al., „Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A

DEFINIȚIA CLINICĂ A TULBURĂRII DE PERSONALITATE BORDERLINE

Definiția oficială curentă a patologiei borderline este conținută în criteriile de diagnostic ale tulburării de personalitate borderline din *DSM-IV-TR*.[22] Această denumire pune accentul pe comportamentul observabil, descriptiv.

Diagnosticul de TPB este confirmat când sunt prezente cel puțin cinci din următoarele nouă criterii.

„ALȚII ACȚIONEAZĂ ASUPRA MEA, DECI EXIST"

Criteriul 1. Eforturi frenetice de evitare a abandonului real sau imaginat.

Așa cum un bebeluș nu poate face distincție între absența temporară a mamei și propria „extincție", persoana borderline trăiește deseori singurătatea temporară ca pe o izolare perpetuă. Ca urmare, persoana borderline devine deprimată sever în fața abandonului, real sau perceput, de către ceilalți semnificativi, iar apoi se înfurie pe lume (sau pe oricine îi e la îndemână) pentru privarea sa de această satisfacție esențială.

Frica de abandon a persoanei borderline poate fi chiar măsurată în creier. Într-un studiu a fost utilizată scanarea PET pentru a se demonstra că femeile cu TPB aveau un flux sangvin modificat în anumite zone ale creierului atunci când erau expuse amintirilor legate de abandon.[23]

Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression", *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 721–729.

22 Asociația Americană de Psihiatrie, *DSM-IV-TR* (2003): 706–711.

23 Christian G. Schmahl, Bernet M. Elzinga, Eric Vermetten et al., „Neural Correlates of Memories of Abandonment in Women with and Without Borderline Personality Disorder", *Biological Psychiatry* 54 (2003): 142–151.

Mai ales când sunt singure, persoanele borderline îşi pot pierde senzaţia că există, că sunt reale. În loc să îmbrăţişeze principiul de existenţă al lui Descartes „gândesc, deci exist", ele trăiesc conform unei filosofii apropiate de „alţii acţionează asupra mea, deci exist".

Teologul Paul Tillich scria că „singurătatea poate fi învinsă doar de către aceia care suportă solitudinea". Întrucât persoana borderline consideră solitudinea atât de greu de tolerat, ea este captivă într-o singurătate metafizică necruţătoare, a cărei unică ostoire vine sub forma prezenţei fizice a altora. Astfel, cel mai adesea ea se va refugia în barurile pentru celibatari sau în alte locuri aglomerate, cu rezultate frecvent dezamăgitoare — sau chiar violente.

În *Marilyn: An Untold Story* [*Marilyn: o poveste nespusă*], Norman Rosten îşi amintea că Marilyn Monroe ura să fie singură. Fără oameni aflaţi în permanenţă în jurul ei, cădea într-un vid „nesfârşit şi înfricoşător".[24]

Pentru majoritatea oamenilor, solitudinea este dorită, preţuită, o ocazie rară de reflecţie asupra amintirilor şi chestiunilor importante pentru starea noastră de bine — o şansă de a reintra în contact cu noi înşine, de a redescoperi cine suntem: „Zidurile unei încăperi goale sunt oglinzi ce ne multiplică sentimentul de sine", scria regretatul John Updike în *Centaurul*.

Dar persoana borderline, având doar cel mai slab sentiment al sinelui, îşi aminteşte doar reflecţii vide. Solitudinea reiterează panica pe care persoana borderline a trăit-o în copilărie, când se confrunta cu perspectiva de a fi abandonată de părinţi: cine va avea grijă de mine? Durerea singurătăţii poate fi alinată doar prin salvarea de către un iubit imaginar, după cum o spun şi versurile nenumăratelor cântece de dragoste.

---

[24] Norman Rosten, *Marilyn: An Untold Story* (New York: New American Library, 1967): 112.

Criteriul 2. Relaţii interpersonale intense şi instabile, cu schimbări marcante ale atitudinii faţă de ceilalţi (de la idealizare la dispreţ sau de la agăţarea dependentă la izolare şi evitare) şi tipare pronunţate de manipulare a celorlalţi.

Relaţiile instabile ale persoanei borderline sunt legate direct de intoleranţa sa faţă de separare şi de frica de intimitate. În mod tipic, persoana borderline este dependentă, lipicioasă şi idealizantă până când iubitul, soţul sau prietenul nu acceptă sau frustrează aceste nevoi prin vreun fel de respingere sau indiferenţă. Atunci persoana borderline ricoşează în cealaltă extremă — dispreţ, rezistenţă la intimitate şi evitare scandalizată. Se creează o continuă luptă între dorinţa de a fuziona şi a fi luat în grijă, pe de o parte, şi frica de a fi înghiţit, pe de altă parte. Pentru borderline, înghiţirea înseamnă anularea identităţii separate, pierderea autonomiei şi un sentiment de inexistenţă. Persoana borderline pendulează între dorinţa de apropiere, pentru a se elibera de vid şi plictiseală, şi frica de intimitate, care este percepută ca furând încrederea în sine şi independenţa.

În relaţii, aceste sentimente interioare sunt traduse dramatic în cuplări intense, instabile şi manipulative. Persoana borderline are adesea pretenţii nerealiste de la ceilalţi, părând un om răsfăţat pentru observatori. Manipularea este manifestată prin plângeri de ordin fizic şi ipohondrie, expresii ale slăbiciunii şi neajutorării, acţiuni provocatoare şi comportamente masochiste. Ameninţările sau gesturile suicidare sunt folosite adesea pentru a obţine atenţie şi salvare. Persoana borderline poate utiliza seducţia ca strategie de manipulare chiar cu cineva cu care ştie că aşa ceva este inadecvat şi inaccesibil, cum ar fi un terapeut sau un preot.

Deşi este foarte sensibil la ceilalţi, unui borderline îi lipseşte adevărata empatie. El poate fi exasperat de întâlnirea cu o cunoştinţă, precum un profesor, coleg de muncă sau terapeut, în afara locului obişnuit, pentru că îi este greu să conceapă că acea persoană are o viaţă separată. Mai mult, poate să nu înţeleagă sau să fie extrem de gelos pe viaţa separată a terapeutului sau chiar pe alţi pacienţi pe care îi poate întâlni.

Unui borderline îi lipseşte „constanţa obiectului", capacitatea de a-i înţelege pe ceilalţi drept fiinţe umane complexe care, cu toate acestea, pot relaţiona în moduri coerente. Persoana borderline îl percepe pe celălalt din perspectiva celei mai recente întâlniri cu acesta, şi nu din perspectiva mai largă a unei serii coerente de interacţiuni. De aceea, nu apare niciodată o percepţie constantă, predictabilă, a celuilalt — ca şi când ar fi afectată de un fel de amnezie precisă, persoana borderline continuă să răspundă unei alte persoane de parcă ar fi vorba de cineva nou de fiecare dată.

Din cauza incapacităţii persoanei borderline de a vedea imaginea de ansamblu, de a învăţa din greşelile anterioare şi de a observa tipare în propriul comportament, aceasta repetă adesea relaţiile distructive. O femeie borderline, de exemplu, se va întoarce, de obicei, la fostul soţ abuziv, care o abuzează din nou; un bărbat borderline se cuplează adesea cu femei asemănătoare, neadecvate, cu care el repetă legăturile sado-masochiste. Cum dependenţa persoanei borderline este deghizată cel mai adesea sub masca pasiunii, soţia persistă în relaţia distructivă pentru că „îl iubeşte". Ulterior, când relaţia se dezintegrează, un partener poate da vina pe patologia celuilalt. Astfel, în cabinetul de terapie se aude adesea: „Prima mea soţie era borderline!".

Un borderline se află într-o căutare nesfârşită a persoanei perfecte care să-l îngrijească, care să-i dea totul şi să

fie omniprezentă. Această căutare îl conduce adesea către parteneri cu o patologie complementară: amândurora le lipseşte înţelegerea distructivităţii lor reciproce. De exemplu, Michelle tânjeşte cu disperare după protecţia şi confortul oferite de un bărbat. Mark afişează o siguranţă de sine mândră; chiar dacă siguranţa lui de sine ascunde o insecuritate profundă, pentru Michelle e de ajuns. Aşa cum Michelle are nevoie ca Mark să fie cavalerul ei protector, la fel şi Mark are nevoie ca Michelle să rămână neajutorată şi dependentă în beneficiul lui. După o vreme, niciunul din ei nu reuşeşte să se ridice la înălţimea stereotipului asumat. Mark nu poate suporta rana narcisică a provocării sau a eşecului, şi începe să-şi mascheze frustrările cu alcool şi abuzând-o fizic pe Michelle. Michelle se zbate sub strânsoarea controlului lui, dar se înspăimântă când îi vede slăbiciunile. Insatisfacţiile duc la mai multe provocări şi conflicte.

Afectat de autoostilitate, un borderline nu are încredere în manifestările grijulii ale celorlalţi. Ca şi Grucho Marx, el n-ar intra niciodată într-un club care l-ar accepta ca membru. Sam, de pildă, era un student de 21 de ani a cărui principală plângere în terapie era: „Am nevoie de o iubită". Bărbat atrăgător şi cu probleme interpersonale serioase, pentru Sam era caracteristic să abordeze femei pe care le considera inaccesibile. Însă ori de câte ori avansurile sale erau acceptate, respingea imediat femeia ca nemaifiind dezirabilă.

Toate aceste caracteristici fac ca persoanelor borderline să le fie dificil să atingă intimitatea reală. După cum povestea Carrie: „Câţiva bărbaţi au vrut să se însoare cu mine, dar pentru mine, a mă apropia (de cineva) sau a fi atinsă reprezintă o mare problemă. Nu pot suporta asta". Persoana borderline pare să nu poată dobândi suficientă independenţă pentru a fi dependentă într-un mod mai degrabă sănătos decât disperat. Adevărata comuniune este sacrificată unei dependenţe solicitante şi unei nevoi

disperate de unire cu o altă persoană pentru a-şi completa propria identitate, ca un fel de fraţi siamezi ai sufletului. „Tu mă întregeşti", faimoasa replică din filmul *Jerry Maguire*, se transformă într-un scop iluzoriu, care este întotdeauna de neatins.

CINE SUNT EU?

Criteriul 3. Perturbare marcată şi persistentă a identităţii, manifestată printr-o imagine sau sentiment de sine instabile.

Persoanelor borderline le lipseşte un sentiment bazal al identităţii constant, aşa cum le lipseşte o conceptualizare bazală constantă a celorlalţi. Persoana borderline nu-şi acceptă propria inteligenţă sau sensibilitate ca trăsături constante, ci mai degrabă ca pe nişte calităţi comparative, care trebuie recâştigate în permanenţă şi judecate prin raportare la ale celorlalţi. De pildă, persoana borderline se poate considera inteligentă doar pe baza rezultatelor unui test IQ administrat pe loc. Mai târziu în aceeaşi zi, când face „o greşeală prostească" se va vedea ca fiind „proastă". O femeie borderline se consideră atractivă până când vede o altă femeie pe care o consideră mai frumoasă; atunci se simte urâtă. Cu siguranţă, persoana borderline invidiază autoacceptarea lui Popeye: „Io mi-s cine mi-s". În relaţiile sale apropiate, persoana borderline se împotmoleşte într-un soi de amnezie despre ea însăşi. Trecutul devine ceţos; ea seamănă mult cu un şef pretenţios, care continuă să se întrebe pe sine şi pe ceilalţi: „Aşa, şi? Ce-aţi făcut pentru mine în ultima vreme?".

Pentru borderline, identitatea este un punct pe o curbă. Cine este (şi ce face) azi îi determină valoarea, fără nicio preocupare pentru ceea ce a fost înainte. Persoana borderline nu-şi permite să se culce pe lauri. Asemenea lui Sisif, este condamnată să împingă bolovanul în sus pe deal iar şi iar, având nevoie să-şi demonstreze valoarea

iar şi iar. Stima de sine este obținută doar prin impresionarea celorlalți şi astfel mulțumirea celorlalți devine esențială pentru iubirea de sine.

În cartea sa *Marilyn*, Norman Mailer descrie cum căutarea propriei identități a lui Marilyn Monroe a devenit forța ei motivațională, absorbind toate aspectele vieții ei:

> Ce obsesie este identitatea! O căutăm pentru că atunci când avem propria identitate, senzația privată este aceea că ne simțim sinceri când vorbim, ne simțim reali, iar acest mic fenomen al senzației de bine ascunde un mister existențial la fel de important pentru psihologie precum *cogito ergo sum* — nici mai mult, nici mai puțin, această stare emoțională de a te simți real este, oricare ar fi motivul, atât de mult superioară sentimentului de vid interior, încât pentru protagonişti ca Marilyn poate deveni o motivație mult mai puternică decât instinctul sexual, foamea de statut ori banii. Unii vor renunța la dragoste sau securitate înainte să îndrăznească să piardă confortul identității.[25]

Mai târziu, Marilyn a găsit susținere în actorie, mai ales utilizând „Metoda"[26]:

> În cadrul „Metodei", actorii vor *pune în act*; tehnica lor este concepută ca însăşi psihanaliza, pentru a elibera lava emoțională şi a-i permite astfel actorului să se familiarizeze cu adâncurile sale, iar apoi să le posede suficient pentru a deveni posedat de rolul său. O tranzacție magică. Ne putem gândi la Marlon Brando în *Un tramvai numit dorință*. A fi posedat de

---

25 Norman Mailer, *Marilyn: A Biography* (New York: Grosset & Dunlap, 1973): 86.

26 Grup de tehnici specifice utilizate de actori pentru a crea în ei înşişi gândurile şi sentimentele personajelor. *(N. red.)*

un rol înseamnă *satori* (sau iluminare intuitivă) pentru un actor, pentru că își poate simți propria identitate întreagă atâta timp cât trăiește în rol.[27]

Lupta persoanei borderline de a-și stabili o identitate coerentă este legată de un sentiment predominant de lipsă de autenticitate — un sentiment constant de a fi „fals". Cei mai mulți dintre noi trăim această senzație în diferite momente ale vieții noastre. Când începem o nouă slujbă, de pildă, încercăm să avem aerul că suntem cunoscători și siguri pe noi. După ce dobândim experiență, siguranța de sine devine tot mai autentică, pentru că am învățat sistemul și nu mai este nevoie să ne prefacem. După cum scria Kurt Vonnegut, „suntem ceea ce ne prefacem că suntem". Sau, după cum spune o vorbă, „prefă-te până devine adevărat".

Persoana borderline nu atinge niciodată acel punct de siguranță de sine. Ea continuă să se simtă falsă și este îngrozită că, mai devreme sau mai târziu, va fi „demascată". Acest lucru este adevărat mai ales când persoana borderline atinge un oarecare succes — i se pare greșit atribuit, nemeritat.

Acest sentiment cronic de a fi fals sau impostor își are originea, probabil, în copilărie. După cum se explică în Capitolul 3, persoana preborderline crește adesea simțindu-se neautentică din cauza diverselor circumstanțe de mediu — suferind abuzuri fizice sau sexuale, ori fiind forțată să adopte un rol de adult când este copil încă, sau să fie părintele propriului părinte bolnav. La cealaltă extremă, un borderline poate fi descurajat să se maturizeze și să se separe, și poate fi prins în rolul unui copil dependent multă vreme după momentul potrivit separării. În toate aceste situații, un borderline nu-și dezvoltă niciodată un sentiment de sine separat, ci continuă să „falsifice" un rol

[27] *Ibid.*, 108.

prescris de altcineva. („El nu alege niciodată o opinie", îşi descrie Lev Tolstoi unul din personajele sale, „el afirmă doar ceea ce pare să fie la modă".). Dacă eşuează în acest rol, se teme că va fi pedepsit; dacă reuşeşte, cu siguranţă va fi descoperit curând ca impostor şi va fi umilit.

Încercările nerealiste de atingere a unei stări de perfecţiune fac parte adesea din tiparul borderline. De exemplu, un borderline anorectic poate încerca să-şi menţină o greutate scăzută constantă şi să se oripileze dacă variază chiar şi cu jumătate de kilogram, fără să-şi dea seama că această aşteptare este nerealistă. Percepându-se pe sine mai degrabă statice decât într-o stare dinamică de schimbare, persoanele borderline pot considera cutremurătoare orice variaţie de la această imagine de sine inflexibilă.

Invers, un borderline poate căuta satisfacţia în direcţia opusă — schimbându-şi frecvent slujba, cariera, scopurile, prietenii şi uneori chiar sexul. Modificând situaţiile externe şi schimbându-şi drastic stilul de viaţă, el speră să atingă mulţumirea interioară. Unele situaţii ale aşa-numitelor crize ale vârstei de mijloc reprezintă o încercare extremă de îndepărtare a fricii de moarte sau de gestionare a dezamăgirilor alegerilor din viaţă. Un borderline adolescent îşi poate schimba mereu gaşca de prieteni — de la „sportivi" la „zurbagii", la „creiere", la „tocilari" — sperând să capete un sentiment de apartenenţă şi acceptare. Chiar şi identitatea sexuală poate fi o sursă de confuzie pentru un borderline. Unii autori au remarcat o sporire a incidenţei homosexualităţii, bisexualităţii şi perversiunilor sexuale în rândul personalităţilor borderline.[28]

Grupările de cult ce promit o acceptare necondiţionată, un cadru social structurat şi o identitate bine definită reprezintă o atracţie puternică pentru personalitatea

---

[28] George S. Zubenko et al., „Sexual Practices Among Patients with Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 144 (1987): 748–752.

borderline. Când identitatea individuală şi sistemul de valori fuzionează cu acceptarea din partea grupului, liderul facţiunii îşi asumă o putere extraordinară — până într-acolo încât îşi poate influenţa adepţii să-i imite acţiunile, fie ele şi fatale, după cum s-a văzut în cazul masacrului din Jonestown din 1978, în conflictul fatal cu Ramura Davidienilor din 1993 şi în cazul sinuciderilor în masă ale membrilor cultului Heaven's Gate, din 1997.

După ce a abandonat facultatea, Aaron a încercat să-şi aline sentimentul de inutilitate intrând în grupul „Moonies". A părăsit cultul după doi ani doar pentru a se reîntoarce după alţi doi ani de rătăciri fără ţintă între diferite oraşe şi slujbe. După alte zece luni a părăsit din nou grupul, dar de data asta lipsindu-i un set stabil de scopuri sau un sentiment confortabil privind cine era sau ce voia, el a încercat să se sinucidă.

Fenomenul „puseelor de sinucideri", mai ales printre adolescenţi, poate reflecta slăbiciuni în formarea identităţii. Rata sinuciderilor la nivel naţional creşte dramatic după sinuciderea unei persoane celebre, precum Marilyn Monroe sau Kurt Cobain. Aceeaşi dinamică poate opera în cazul adolescenţilor cu structuri fragile ale identităţii: ei sunt vulnerabili în faţa tendinţelor suicidare ale liderului grupului de egali sau ale altui grup suicidar de adolescenţi din aceeaşi regiune.

CARACTERUL IMPULSIV

Criteriul 4. Impulsivitate în cel puţin două arii care sunt potenţial autodistructive, ca, de pildă, abuzul de substanţe, promiscuitatea sexuală, jocurile de noroc, şofatul imprudent, furtul din magazine, cheltuitul excesiv sau mâncatul în exces.

Comportamentele persoanei borderline pot fi bruşte şi contradictorii, de vreme ce rezultă din emoţii de moment puternice — percepţii ce reprezintă momente

izolate, nelegate ale experienței. Imediatul prezentului există în izolare, fără să beneficieze de experiențele din trecut sau de speranța viitorului. Din cauza tiparelor fixate în istoricul său de viață, coerența și predictabilitatea nu sunt disponibile persoanei borderline, aceasta repetând iar și iar aceleași greșeli. Filmul *Memento,* din 2001, prezintă metaforic ceea ce trăiește cu regularitate un borderline. Pierzându-și memoria de scurtă durată, detectivul de asigurări Leonard Selby trebuie să lipească fotografii polaroid și bilețele peste tot în cameră — și chiar mesaje tatuate pe propriul corp — pentru a-și aminti ce s-a întâmplat cu doar câteva ore sau minute mai înainte. (Într-o scenă cu urmăriri de mașini, încercând să răzbune uciderea soției sale, nu-și poate aminti dacă urmărește pe cineva sau el este cel urmărit!) Filmul ilustrează dramatic singurătatea unui om care se simte mereu ca și când abia s-a trezit. Răbdarea limitată a persoanei borderline și nevoia sa de gratificare imediată pot fi legate de comportamente ce definesc alte criterii ale TPB: conflictul impulsiv și furia pot apărea din frustrările unei relații furtunoase (criteriul 2); schimbările de dispoziție precipitate (criteriul 6) pot avea ca rezultat izbucniri impulsive; izbucnirile inadecvate de furie (criteriul 8) pot apărea din eșecul controlului impulsurilor; comportamentele autodistructive și de automutilare (criteriul 5) pot rezulta în urma frustrărilor persoanei borderline. Adesea, acțiunile impulsive, precum abuzul de droguri și alcool, servesc ca apărări împotriva sentimentelor de singurătate și abandon.

Joyce era o femeie de 31 de ani divorțată care a apelat din ce în ce mai mult la alcool după divorț și după ce fostul soț s-a recăsătorit. Deși era atrăgătoare și talentată, și-a lăsat munca să se deterioreze, petrecându-și mai mult timp prin baruri. „Am făcut din evitare o carieră", spunea ea mai târziu. Când durerea de a fi singură și de a

se simți abandonată devenea prea mare, folosea alcoolul ca anestezic. Uneori agăța bărbați și îi lua acasă cu ea. În mod obișnuit, după asemenea orgii alcoolice sau sexuale, se considera vinovată și simțea că meritase abandonul soțului. Apoi cercul vicios se relua, simțind nevoia unei pedepse și mai aspre pentru lipsa ei de valoare. Astfel, autodistructivitatea devenea atât un mijloc de evitare a durerii, cât și un mecanism de aplicare a ei, ca ispășire a păcatelor.

AUTODISTRUGEREA

Criteriul 5. Amenințări, gesturi sau comportamente suicidare recurente, ori comportamente de automutilare repetate.

Amenințările și gesturile suicidare — ambele reflectând înclinația persoanei borderline spre depresie copleșitoare și lipsă de speranță, precum și talentul de manipulare a celorlalți — sunt trăsături principale ale TPB.

Până la 75% dintre persoanele borderline au un istoric de automutilare și cei mai mulți dintre aceștia au avut cel puțin o tentativă de suicid.[29] Adesea, frecventele amenințări cu sinuciderea sau tentativele fără tragere de inimă nu reprezintă dorința de a muri, ci mai degrabă o modalitate de a-și comunica durerea și de a le cere celorlalți să intervină. Din păcate, când repetarea lor devine o obișnuință, aceste gesturi suicidare conduc adesea exact la scenariul opus — ceilalți se satură și încetează să mai răspundă, ceea ce poate avea ca rezultat intensificarea progresivă a tentativelor. Comportamentul suicidar este unul dintre simptomele cele mai dificile ale TPB pentru familie și terapeuți: abordarea lui poate avea ca rezultat

[29] Barbara Stanley, Marc J. Gameroff, Venezia Michalsen et al., „Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population?", *American Journal of Psychiatry* 158 (2001): 427–432.

un şir nesfârşit de confruntări neproductive; ignorarea lui poate avea ca rezultat moartea (vezi Capitolele 6–8). Deşi multe dintre criteriile definitorii ale TPB se diminuează în timp, riscul sinuciderii persistă pe parcursul întregii vieţi.[30] Persoanele borderline cu un istoric de abuz sexual în copilărie au un risc de tentativă de suicid de zece ori mai mare.[31]

Automutilarea — cu excepţia situaţiei când este clar asociată cu o psihoză — este emblema TPB. Acest comportament, mai legat de TPB decât de orice altă maladie psihică, poate lua forma rănilor autoprovocate la nivelul organelor genitale, membrelor sau torsului. Pentru aceste persoane borderline corpul devine o hartă rutieră pe care este marcat traseul de-o viaţă al cicatricilor autoprovocate. Lamele, foarfecele, unghiile şi ţigările aprinse sunt unele dintre cel mai frecvent utilizate instrumente; folosirea excesivă a drogurilor, alcoolului sau alimentelor poate aduce, de asemenea, prejudicii.

Automutilarea începe adesea ca o acţiune impulsivă de autopedepsire, dar în timp poate deveni o procedură studiată, ritualică. În asemenea situaţii, persoana borderline îşi poate produce cicatricile cu grijă, în zone ale corpului care sunt acoperite de haine — ceea ce ilustrează intensa ambivalenţă a persoanei borderline: se simte constrânsă la o autopedepsire radicală, dar totuşi ascunde cu grijă urmele chinului său. Deşi mulţi oameni îşi fac tatuaje din motive estetice, sporirea fascinaţiei, la nivel social, faţă de tatuaje şi piercing-uri din ultimele două decenii s-ar putea să fie

---

30 Randy A. Sansone, George A. Gaither şi Douglas A. Songer, „Self-Harm Behaviors Across the Life Cycle: A Pilot Study of Inpatients with Borderline Personality", *Comprehensive Psychiatry* 43 (2002): 215–218.

31 Paul H. Soloff, Kevin G. Lynch şi Thomas M. Kelly, „Childhood Abuse as a Risk Factor for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder", *Journal of Personality Disorders* 16 (2002): 201–214.

mai puțin o tendință a modei și mai degrabă o reflectare a tendințelor borderline în societate (vezi Capitolul 4).

Jennifer (vezi Capitolul 1) își satisfăcea nevoia de durere autoprovocată zgâriindu-și încheieturile mâinilor, abdomenul și talia, lăsând urme adânci cu unghiile, care puteau fi acoperite cu ușurință.

Uneori, autopedepsirea este mai puțin directă. Persoana borderline poate fi adesea victima pseudoaccidentelor repetate. Ea poate provoca deseori bătăi. În aceste incidente, persoana borderline se simte mai puțin responsabilă direct; circumstanțele sau ceilalți îi oferă violența.

Când Harry, de pildă, s-a despărțit de iubita lui, a dat vina pe părinții săi. S-a gândit că ei n-au fost suficient de suportivi sau de prietenoși, iar când ea a pus capăt relației după șase ani, s-a simțit distrus. La 28 de ani continua să locuiască într-un apartament pentru care plăteau părinții lui și lucra sporadic la biroul tătălui său. Când era mai tânăr încercase să se sinucidă, dar decisese că nu le va da părinților „satisfacția" de a-și pune singur capăt vieții. În schimb, s-a angajat în comportamente tot mai periculoase. A avut numeroase accidente de automobil, unele când era în stare de ebrietate, și a continuat să conducă în ciuda suspendării carnetului de șofer. Frecventa baruri în care provoca bătăi cu bărbați mult mai solizi decât el. Harry recunoștea distructivitatea comportamentului său și uneori își dorea ca „într-unul din momentele astea să mor odată".

Aceste comportamente autodistructive și amenințări dramatice pot fi explicate în mai multe moduri. Durerea autoprovocată poate reflecta nevoia persoanei borderline de a simți, de a scăpa din amorțeala izolantă. Persoanele borderline își formează un fel de bulă izolatoare, care nu numai că le apără de durerea emoțională, ci și servește drept barieră împotriva senzațiilor realității. Experiența

durerii devine astfel o legătură importantă cu existența. Însă adesea durerea autoprovocată nu este suficient de puternică pentru a transcende această barieră (deşi sângele şi cicatricile pot fi fascinante pentru borderline), caz în care frustrarea îl poate constrânge să-şi intensifice încercările de inducere a durerii.

Durerea autoindusă poate funcționa şi ca distragere a atenției de la alte forme de suferință. Când se simțea singură şi înfricoşată, o pacientă se tăia în diverse zone ale corpului ca mod de a-şi „abate mintea" de la singurătate. O alta se izbea cu capul de pereți în timpul migrenelor produse de stres. Eliberarea unei tensiuni interne poate fi cel mai frecvent motiv al autorănirii.[32]

Comportamentul autodistructiv poate fi şi o ispăşire a păcatului. Un bărbat copleşit de vinovăție după ruperea mariajului său, pentru care se blama în totalitate pe sine, bea în mod repetat gin — al cărui gust îl detesta — până ajungea să vomite. Abia după ce îndura acest disconfort şi umilință se simțea izbăvit şi se putea întoarce la rutina sa obişnuită.

Comportamentul autodistructiv dureros poate fi folosit în încercarea de restricționare a acțiunilor percepute ca periculos de ieşite de sub control. Un adolescent se tăia pe mâini şi penis pentru a se descuraja să se mai masturbeze, act pe care îl considera oribil. El spera ca amintirea durerii să-l împiedice să continue acest comportament respingător.

Actele (sau amenințările) autodistructive impulsive pot fi un rezultat al dorinței de a pedepsi o altă persoană, deseori o relație apropiată. O femeie îi descria în detaliu iubitului comportamentul ei promiscuu (ce implica

---

[32] Nikolaus Kleindienst, Martin Bohus, Petra Ludascher et al., „Motives for Nonsuicidal Self-Injury Among Women with Borderline Personality Disorder", *Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (2008): 230–236.

deseori ritualuri masochiste degradante). Aceste aventuri aveau loc invariabil atunci când ea era furioasă şi voia să-l pedepsească.

În fine, comportamentul autodistructiv poate proveni dintr-o nevoie manipulativă de simpatie sau salvare. După certuri cu prietenul ei, o femeie şi-a tăiat în mod repetat încheieturile în prezenţa lui, forţându-l să-i asigure asistenţă medicală.

Multe persoane borderline afirmă că nu simt durere în timpul automutilării şi descriu chiar o euforie calmă după aceea. Înainte să-şi facă rău singure, ele pot trăi o mare tensiune, furie sau tristeţe copleşitoare; după aceea apare o senzaţie de uşurare şi eliberare de anxietate.

Această uşurare se poate datora unor factori psihologici, fiziologici sau unei combinaţii între aceştia. Medicii au constatat de mult că după o traumă fizică severă, cum ar fi rănile de pe câmpul de luptă, pacientul poate trăi o neaşteptată stare de calm şi un fel de anestezie naturală, în ciuda lipsei îngrijirilor medicale. Unii au avansat ipoteza că în asemenea perioade corpul eliberează nişte substanţe biologice numite endorfine, opiaceele naturale ale corpului (asemenea morfinei sau heroinei), care reprezintă autoterapia organismului la durere.

SCHIMBĂRI RADICALE ALE DISPOZIŢIEI

Criteriul 6. Instabilitate afectivă cauzată de o reactivitate marcată a dispoziţiei, cu treceri episodice severe la depresie, iritabilitate sau anxietate, care durează, de obicei, câteva ore şi doar rareori mai mult de câteva zile.

Persoana borderline trece prin schimbări de dispoziţie bruşte pe durate scurte — de obicei, de câteva ore. Dispoziţia sa de bază nu este calmă şi controlată de obicei, ci mai degrabă fie hiperactivă şi de neoprit, fie pesimistă, cinică şi deprimată.

Plină de entuziasm, Audrey l-a potopit pe Owen cu sărutări după ce el a surprins-o cu un buchet de flori, pe care i l-a cumpărat venind spre casă de la serviciu. În timp ce el se spăla pe mâini pentru cină, Audrey a primit un telefon de la mama ei, care a certat-o din nou că n-o sună s-o întrebe de durerile ei permanente. Până s-a întors Owen de la baie, Audrey se transformase într-o scorpie furioasă, țipând la el că n-o ajută să pună masa. El nu mai putea decât să rămână țintuit, uimit și perplex de această transformare.

ÎNTOTDEAUNA PE JUMĂTATE GOL

Criteriul 7. Sentimente cronice de vid interior.

Lipsindu-le un sentiment profund al identității, persoanele borderline trăiesc de obicei o singurătate dureroasă, care le motivează să caute modalități de a umple „golurile".

Senzația dureroasă, aproape fizică, este deplânsă de Hamlet, personajul lui Shakespeare: „În ultima vreme — de ce, nu știu — mi-am pierdut toată voioșia, m-am lăsat de toate obișnuitele exerciții; și, într-adevăr, sufletul îmi este atât de apăsat, încât acest frumos tărâm, pământul, îmi pare un promontoriu sterp".

Tolstoi definea plictiseala drept „dorința de dorințe"; în acest context poate fi înțeleasă atitudinea persoanei borderline, ce caută un mod de a-și învinge plictiseala, dar care duce adesea la acțiuni impulsive, acte distructive și relații dezamăgitoare. În multe privințe, persoana borderline caută o nouă relație sau o nouă experiență nu pentru aspectele pozitive ale acesteia, ci pentru a scăpa de sentimentul de vid interior, punând în act destinele existențiale ale personajelor descrise de Sartre, Camus și alți filosofi.

Persoana borderline trăieşte adesea un fel de angoasă existenţială, care poate fi un obstacol major în tratament, pentru că îi sabotează energia motivaţională de a se face bine. Din această stare emoţională se degajă multe din celelalte trăsături ale TPB. Sinuciderea poate părea unicul răspuns raţional faţă de starea permanentă de vid. Nevoia de a umple golul sau de a uşura plictiseala poate conduce la izbucniri de furie şi impulsivitate autodistructivă — mai ales la abuzul de droguri. Abandonul poate fi resimţit mult mai acut. Relaţiile pot fi deteriorate. Într-o cochilie goală nu se poate crea un sentiment stabil al sinelui. Iar sentimentele de singurătate pot avea ca rezultat instabilitatea dispoziţiei. Într-adevăr, depresia şi sentimentul de vid interior se întăresc adesea reciproc.

TAURUL FURIOS

Criteriul 8. Furie intensă, inadecvată sau lipsa controlului furiei, ca, de pildă, izbucniri temperamentale frecvente, furie permanentă, altercaţii fizice recurente.

Pe lângă instabilitatea afectivă, furia este simptomul cel mai persistent în timp al TPB.[33]

Izbucnirile de furie ale persoanei borderline sunt pe cât de imprevizibile, pe atât de înfricoşătoare. Scenele violente sunt disproporţionate faţă de frustrările care le declanşează. Disputele domestice care pot implica urmăriri cu cuţitul în mână şi aruncarea cu vesela sunt tipice pentru furia persoanei borderline. Furia poate fi declanşată de o anumită (şi adesea banală) ofensă, dar dedesubtul furiei se află un arsenal de frică în faţa ameninţării cu

[33] Thomas H. McGlashan, Carlos M. Grilo, Charles A. Sanislow et al., „Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders", *American Journal of Psychiatry* 162 (2005): 883–889.

dezamăgirea şi abandonul. După un dezacord în privinţa unei remarci banale despre stilurile lor diferite de a picta, Vincent van Gogh a luat un cuţit mare de bucătărie şi l-a fugărit prin casă şi dincolo de uşă pe bunul său prieten Paul Gauguin. Apoi şi-a îndreptat furia asupra lui însuşi, folosind acelaşi cuţit pentru a-şi tăia o bucată din ureche.

Furia atât de intensă şi aproape de suprafaţă este îndreptată adesea către membrii anturajului intim al persoanei borderline — soţ, copii, părinţi. Furia borderline poate fi un strigăt de ajutor, o testare a loialităţii sau o teamă de intimitate — oricare ar fi factorul subiacent, ea îi îndepărtează pe cei de care persoana borderline are nevoie cel mai mult. Soţul, soţia, prietenul, iubita sau membrul familiei care îi rămâne alături în ciuda acestor asalturi poate fi foarte răbdător şi înţelegător sau, uneori, foarte tulburat el însuşi. În faţa acestor erupţii, empatia este dificilă, iar relaţia trebuie să folosească toate resursele la îndemână pentru a rezista (vezi Capitolul 5).

Furia este adusă deseori în terapie, unde psihiatrii şi alţi specialişti în sănătate mentală devin ţinte. Carrie, de pildă, era deseori furioasă pe terapeutul ei, căutând în permanenţă moduri de a-i testa angajamentul de a rămâne cu ea în terapie. În aceste condiţii, tratamentul devine precar (vezi Capitolul 7) şi mulţi terapeuţi au fost obligaţi să renunţe la pacienţii borderline din acest motiv. Majoritatea terapeuţilor vor încerca, ori de câte ori este posibil, să-şi limiteze numărul de pacienţi borderline pe care îi tratează.

UNEORI MĂ PORT NEBUNEŞTE

Criteriul 9. Gânduri paranoide şi simptome de disociere severă temporare şi asociate cu stresul.

Cele mai întâlnite experienţe psihotice pentru un borderline implică sentimentul de irealitate şi deliruri

paranoide. Sentimentele de irealitate implică disocierea de percepțiile obișnuite. Individul sau cei din jurul lui par ireali. Unele persoane borderline trăiesc un fel de clivaj intern, în care simt că diferite aspecte ale personalității lor apar în diferite situații. Percepțiile distorsionate pot implica oricare dintre cele cinci simțuri.

Persoana borderline poate deveni temporar psihotică atunci când se confruntă cu situații stresante (când se simte abandonată, de pildă) sau când se află într-un mediu foarte nestructurat. Terapeuții au observat, de plidă, episoade psihotice în timpul psihanalizei clasice, care se bazează mult pe asocierea liberă și dezvăluirea traumelor trecute într-un cadru nestructurat. Psihoza poate fi stimulată și de consumul de droguri ilicite. Spre deosebire de pacienții cu psihoze, cum ar fi schizofrenia, depresia psihotică sau bolile organice/legate de droguri, psihoza borderline este, de obicei, de scurtă durată și este percepută ca mult mai înfricoșătoare pentru pacient și extrem de diferită de experiența sa obișnuită. Totuși, pentru lumea din afară, manifestările psihozei în TPB pot fi nediferențiate, în formă acută, de experiențele psihotice ale celorlalte boli menționate. Principala diferență este durata: spre deosebire de alte forme ale psihozei, în cazul persoanei borderline ruperea de realitate dispare după câteva ore sau zile, pe măsură ce ea revine la funcționarea sa obișnuită.

MOZAICUL BORDERLINE

În mod clar, TPB devine recunoscută de profesioniștii în sănătate mentală ca una dintre cele mai frecvente maladii psihice în această țară. Profesionistul trebuie să poată recunoaște trăsăturile TPB pentru a trata eficace

un număr mare de pacienți. Nespecialistul trebuie şi el să le poată recunoaşte, pentru a-i înțelege mai bine pe cei cu care îşi împarte viața.

În timp ce digeră acest capitol, cititorul perspicace va observa că aceste simptome interacționează între ele; sunt mai puțin asemenea unor lacuri izolate şi mai degrabă ca nişte râuri care se alimentează unele pe altele, formând, în cele din urmă, fluvii care se revarsă apoi în golfuri sau oceane. De asemenea, sunt interdependente. Urmele adânci săpate de aceste diluvii emoționale afectează nu doar persoana borderline, ci şi părți ale culturii în care aceasta trăieşte. Cum se formează aceste urme în individ şi cum se reflectă ele în societatea noastră, vom explora în capitolele următoare.

RĂDĂCINILE SINDROMULUI BORDERLINE

„Toate familiile fericite se aseamănă între ele. Fiecare familie nefericită, însă, este nefericită în felul ei."

(din *Ana Karenina*, de Lev Tolstoi)

Pentru Dixie Anderson n-a fost deloc uşor să crească. Tatăl ei era acasă rareori, iar când era, nu spunea prea multe. Ani de zile nici n-a ştiut cu ce se ocupă, ci doar că era plecat tot timpul. Margaret, mama lui Dixie, îl denumea „obsedat de muncă". Pe parcursul copilăriei ei, Dixie a sesizat că mama ei îi ascundea ceva, deşi n-a fost niciodată sigură ce anume.

Dar când Dixie a împlinit 11 ani, lucrurile s-au schimbat. Era „precoce", spunea mama ei, deşi Dixie nu era prea sigură la ce anume se referea. Tot ceea ce ştia era că, dintr-odată, tatăl ei stătea acasă mai mult ca niciodată până atunci şi, de asemenea, era mult mai atent. Dixie s-a bucurat de noua atenţie şi de noul sentiment de putere pe care îl avea asupra lui când el înceta s-o atingă. După ce el termina, făcea orice îi cerea.

Cam în aceeaşi perioadă, Dixie a devenit brusc mai populară în prospera suburbie a oraşului Chicago, în

care locuia familia. Puştii începuseră să-i ofere rezervele lor secrete de iarbă, iar câţiva ani mai târziu, ciuperci şi ecstasy.

Gimnaziul era o pacoste. Jumătate din ziua de şcoală se bătea cu alţi copii, care n-o suportau: ea era dură; ea avea prieteni şi droguri; ea era tare. Odată şi-a lovit chiar şi profesorul de ştiinţe, pe care îl considera un mare ticălos. Lui nu i-a picat bine şi s-a dus la director, care a exmatriculat-o.

La vârsta de 13 ani s-a dus la primul ei psihiatru, care a diagnosticat-o ca hiperactivă şi i-a prescris câteva medicamente, care n-au făcut-o să se simtă nici pe departe atât de bine cum o făcea iarba. S-a decis să fugă de acasă. Într-o noapte şi-a împachetat câteva lucruri, a luat un autobuz până la graniţa statului, şi-a ridicat degetul mare şi în câteva minute era în drum spre Las Vegas.

În viziunea lui Margaret, orice ar fi făcut, cu Dixie ieşea întotdeauna la fel: fiica ei cea mare nu putea fi mulţumită. În mod evident, Dixie moştenise genele tatălui ei, criticând în permanenţă felul în care arăta Margaret şi cum se îngrijea de gospodărie. Ea încercase totul pentru a slăbi — amfetamine, băutură, chiar şi operaţia de stomac —, dar nimic nu funcţionase. Fusese întotdeauna grasă şi aşa urma să rămână.

Se întreba deseori de ce se căsătorise Roger cu ea. Era un bărbat frumos; nu înţelesese niciodată de ce o voise pe ea. După un timp devenise clar că n-o voia: pur şi simplu încetase să mai vină seara acasă.

Dixie era singura lumină din viaţa lui Margaret. Cealaltă fiică a ei, Julie, era deja obeză la vârsta de cinci ani şi părea o cauză pierdută. Dar Margaret ar fi făcut orice pentru Dixie. S-a agăţat de fiica ei ca de un colac de salvare. Dar cu cât Margaret se agăţa mai mult de ea, cu atât Dixie o respingea. A devenit şi mai pretenţioasă, făcând scene cu ţipete şi urlete în legătură cu greutatea

mamei ei. Doctorii n-au putut s-o ajute cu nimic pe Margaret; spuneau că e maniaco-depresivă şi dependentă de alcool şi amfetamine. Ultima dată când Margaret a fost în spital, i-au administrat un tratament cu electroşocuri. Acum, după ce Roger plecase, iar Dixie fugea mereu de acasă, lumea se prăbuşea.

După câteva luni haotice în Vegas, Dixie a plecat la Los Angeles, repetând istoria din Vegas: i se promiseseră maşini, bani şi distracţie. Ce-i drept, a mers cu o grămadă de maşini, dar distracţia a fost mult mai rară. Prietenii ei erau nişte rataţi şi uneori a trebuit să se culce cu un tip pentru a „împrumuta" câţiva bani. Într-un final, nemaiavând decât câţiva dolari în buzunar, s-a întors acasă.

Dixie s-a întors pentru a descoperi că Roger plecase, iar mama ei se afla în ceaţa groasă a depresiei şi amorţelii induse de droguri. În această atmosferă sumbră, n-a durat mult până când Dixie a recurs iar la vechiul obicei de a consuma alcool şi droguri. La 15 ani fusese internată deja de două ori pentru abuz de substanţe şi era tratată de mai mulţi terapeuţi. La 16 ani a rămas însărcinată cu un bărbat pe care-l cunoscuse cu doar câteva săptămâni înainte. S-a măritat cu el imediat după testul de sarcină.

Şapte luni mai târziu, când s-a născut Kim, mariajul a început să se destrame. Soţul lui Dixie era un papă-lapte slab şi pasiv, care nu putea avea grijă nici de sine, deci cu atât mai puţin să ofere un cămin stabil copilului lor.

Până când bebeluşul a împlinit şase luni, căsnicia se încheiase deja, iar Dixie şi Kim s-au mutat la Margaret. Atunci a început Dixie să fie obsedată de greutatea ei. Nu mânca zile în şir, apoi mânca enorm, pentru a vomita apoi totul la baie. Ceea ce nu putea scoate prin vomitat elimina în alte moduri: mânca laxativele de parcă erau bomboane. Făcea sport până transpira toată şi era prea epuizată pentru a se mai mişca. Kilogramele s-au redus, dar la fel şi sănătatea şi starea ei de dispoziţie. Menstruaţia i s-a oprit;

energia i-a scăzut; capacitatea de concentrare i-a slăbit. A devenit foarte deprimată în privința vieții ei și, pentru prima dată, sinuciderea părea o alternativă reală.

Inițial s-a simțit confortabil și în siguranță când a fost internată din nou în spital, dar curând vechiul ei sine a revenit. În a patra zi încerca deja să-și seducă doctorul; când el nu i-a răspuns, l-a amenințat cu tot felul de răzbunări. A cerut privilegii în plus și atenție specială din partea asistentelor și a refuzat să participe la activitățile din spital.

La fel de brusc cum s-a dus la spital, s-a autodeclarat vindecată și a cerut să fie externată la numai câteva zile de la internare. Pe parcursul anului următor a fost internată în spital de mai multe ori. De asemenea, fusese și la câțiva psihoterapeuți, dar niciunul dintre ei nu părea să înțeleagă sau să știe cum să-i trateze schimbările de dispoziție dramatice, depresia, singurătatea, impulsivitatea cu bărbații și drogurile. A început să se îndoiască de faptul că ar putea fi vreodată fericită.

Nu după mult timp Margaret și Dixie se certau din nou și strigau una la cealaltă. Margaret parcă se vedea pe sine crescând din nou și făcând aceleași greșeli. Nu mai suporta să vadă asta din nou.

Tatăl lui Margaret fusese exact ca Roger, un bărbat singuratic și nefericit, care avea puțin de-a face cu familia lui. Mama ei condusese gospodăria cam cum o făcuse și Margaret. Și exact cum se agăța Margaret de Dixie, la fel se agățase și mama ei de ea, încercând cu disperare să-i traseze fiecare pas. Margaret fusese hrănită cu ideile și sentimentele mamei sale — și mâncare suficientă pentru un batalion. Până la vârsta de 16 ani era serios obeză și lua cantități mari de amfetamine, prescrise de medicul de familie pentru a-i inhiba apetitul. Până la vârsta de 20 de ani, bea alcool și lua Fiorinal pentru a se putea lăsa de amfetamine.

Margaret n-a reuşit niciodată s-o mulţumească pe mama ei, mai ales că lupta constantă pentru control dintre ele două se extinsese. Margaret n-a reuşit să-i mulţumească nici pe fiica sau soţul ei. Şi-a dat seama că nu fusese niciodată în stare să facă pe cineva fericit, nici măcar pe ea însăşi. Totuşi continuase să încerce să le facă pe plac unor oameni care nu fuseseră mulţumiţi.

Acum, că Roger plecase, iar Dixie era aşa de bolnavă, viaţa lui Margaret părea să se destrame. În cele din urmă, Dixie i-a spus mamei sale cum Roger a abuzat-o sexual. Iar Roger, înainte de a pleca, s-a lăudat cu toate femeile sale. În ciuda tuturor acestor lucruri, lui Margaret îi era încă dor de el. Ştia că era singur, ca şi ea.

Dixie şi-a dat seama că era timpul să facă ceva în privinţa chinurilor acestei familii autodistructive. Sau cel puţin în privinţa ei înseşi. Prioritatea principală ar fi o slujbă, ceva care să combată plictiseala implacabilă. Dar avea 19 ani, un copil de doi ani, fără soţ şi nu-şi terminase încă liceul.

Cu impulsivitatea-i caracteristică, s-a înscris într-un program şcolar de echivalare a liceului, primindu-şi diploma în câteva luni. La câteva zile după ce a obţinut diploma, a cerut împrumuturi şi burse pentru a urma o facultate.

Margaret începuse să aibă grijă de Kim şi în multe privinţe aranjamentul părea să aibă şanse să funcţioneze: creşterea lui Kim îi dădea lui Margaret un sens în viaţă, Kim era crescută în familie, iar Dixie avea timp pentru noua ei misiune în viaţă. Dar curând sistemul a început să aibă fisuri: uneori Margaret se îmbăta prea tare şi era prea deprimată ca să fie de vreun ajutor. Când s-a întâmplat acest lucru, Dixie a găsit o soluţie simplă: a ameninţat-o pe Margaret că i-o ia pe Kim. În mod evident, atât bunica, cât şi nepoata aveau nevoie disperată una de cealaltă, astfel încât Dixie a putut să controleze total casa.

Printre toate cele, Dixie a reuşit să-şi găsească timp pentru bărbaţi, deşi legăturile ei frecvente erau de scurtă durată. Ea părea să urmeze un tipar: ori de câte ori un bărbat începea să ţină la ea, se plictisea. Bărbaţii mai în vârstă, distanţi — medici indisponibili, cunoştinţe căsătorite, profesori — erau genul ei obişnuit, dar îi părăsea în clipa când îi răspundeau la flirturi. Bărbaţii tineri cu care se întâlnea erau toţi membri ai unei biserici care se opunea cu stricteţe sexului premarital.

Dixie evita femeile şi nu avea prietene. Considera că femeile erau nevolnice şi neinteresante. Bărbaţii, cel puţin, aveau ceva substanţă. Erau proşti dacă răspundeau flirturilor ei şi ipocriţi dacă n-o făceau.

Pe măsură ce a trecut timpul, cu cât Dixie avea mai multe succese în studiile sale, cu atât devenea mai înfricoşată. Putea să-şi urmărească asiduu, aproape obsesiv, un anumit interes — şcoala, un anumit bărbat —, dar fiecare succes o făcea să aibă pretenţii şi mai mari, şi mai nerealiste. În ciuda notelor bune, exploda de furie şi ameninţa cu sinuciderea când avea rezultate sub aşteptările ei la câte un examen.

În asemenea momente, mama ei încerca s-o consoleze, dar Margaret devenise şi ea preocupată de sinucidere, iar rolurile se inversau adesea. Mama şi fiica se internau iarăşi în mod repetat în spital, încercând să-şi depăşească depresia şi abuzul de substanţe.

Asemenea mamei şi bunicii sale, nici Kim nu-şi cunoştea prea bine tatăl. Uneori acesta venea în vizită; alteori se ducea ea la el, în casa în care stătea împreună cu mama lui. Întotdeauna părea încurcat în preajma ei.

Cu o mamă detaşată şi o bunică ineficientă sau preocupată de propriile sale probleme, Kim a preluat controlul casei înainte de a împlini patru ani. O ignora pe Dixie, care îi răspundea ignorând-o la rândul ei. Dacă Kim făcea o scenă, Margaret se plia pe dorinţele ei.

Casa era într-o stare constantă de haos. Uneori Margaret şi Dixie erau internate în spital în acelaşi timp, Margaret pentru problemele ei cu alcoolul, iar Dixie pentru bulimie. Atunci Kim se ducea acasă la tatăl ei, deşi el era incapabil să aibă grijă de ea şi o punea pe mama lui s-o îngrijească.

La suprafaţă, Kim părea un copil ciudat de matur pentru vârsta ei de şase ani, în ciuda haosului din jurul ei. Pentru ea, ceilalţi copii erau doar „nişte puşti, fără experienţa ei". Nu credea deloc că tipul ei de maturitate era cumva deosebit: văzuse fotografii vechi ale mamei şi bunicii de când erau de vârsta ei, şi toate trei arătau la fel.

PESTE GENERAŢII

În multe privinţe, saga familiei Anderson este tipică pentru cazurile borderline: adesea, factorii care contribuie la sindromul borderline transcend generaţiile. Genealogia TPB abundă adesea în probleme profunde şi de lungă durată, inclusiv sinucidere, incest, abuz de droguri, violenţă, pierderi şi singurătate.

S-a observat că persoanele borderline au adesea mame borderline, care, la rândul lor, au avut mame borderline. Această predispoziţie ereditară la TPB ridică o serie de întrebări, precum: Cum se dezvoltă trăsăturile borderline? Cum sunt ele transmise în familie? Sunt într-adevăr transmise?

În cadrul examinării rădăcinilor bolii, aceste întrebări reiterează dilema tradiţională „natură sau cultură" (ori *temperament* sau *caracter*). Cele două mari teorii privind cauzele TPB — una susţinând origini în dezvoltare (psihologice), cealaltă, rădăcini constituţionale (biologice şi genetice) — reflectă această dilemă.

Este, de asemenea, importantă şi o a treia categorie teoretică, ce se focalizează pe factori de mediu şi socioculturali, precum structura fragmentată şi rapidă a

societății noastre, distrugerea familiei nucleare, rata sporită a divorțurilor, apelul tot mai mare la îngrijirea de zi nonparentală, mobilitatea geografică mai mare și schimbarea tiparelor rolurilor de gen (vezi Capitolul 4). Deși cercetarea empirică a acestor elemente de mediu este limitată, unii specialiști presupun că aceşti factori vor tinde să sporească prevalența TPB.

Dovezile disponibile nu relevă nicio cauză definitivă — nici măcar un tip de cauze — ale TPB. La dezvoltarea bolii contribuie, mai degrabă, o combinație de factori genetici, de dezvoltare, neurobiologici și sociali.

RĂDĂCINI GENETICE ȘI NEUROBIOLOGICE

Studiile asupra familiilor sugerează că rudele de gradul întâi ale persoanelor cu borderline au riscuri de câteva ori mai mari decât restul oamenilor să prezinte semnele unei tulburări de personalitate, mai ales TPB. De asemenea, aceşti membri de familie apropiați au riscuri semnificativ mai mari să manifeste tulburări ale dispoziției, impulsului și abuzului de substanțe.[1] Este improbabil ca o singură genă să contribuie la TPB; mai degrabă, ca în cazul majorității afecțiunilor medicale, mai mulți cromozomi sunt activați sau inactivați — influențați, probabil, de factorii de mediu — în dezvoltarea a ceea ce etichetăm drept TPB.

Corelațiile biologice și anatomice cu TPB au fost demonstrate. În cartea noastră *Sometimes I Act Crazy*, discutăm mai în detaliu cum anumite gene afectează neurotransmițătorii (hormoni ai creierului care transmit

---

1 Randy A. Sansone și Lori A. Sansone, „The Families of Borderline Patients: The Psychological Environment Revisited", *Psychiatry* 6 (2009): 19–24.

mesaje între celulele neuronale).[2] Disfuncția unora dintre aceşti neurotransmițători, cum ar fi serotonina, norepinefrina, dopamina şi alții, este asociată cu impulsivitatea, tulburările de dispoziție şi alte caracteristici ale TPB. Aceşti neurotransmițători afectează şi echilibrul adrenalinei şi al producției de steroizi din corp. Unele dintre genele care afectează aceşti neurotransmițători au fost asociate cu mai multe boli psihice. Totuşi, studii cu rezultate diferite demonstrează că *mai multe* gene (în conjuncție cu factori stresanți de mediu) contribuie la manifestarea celor mai multe afecțiuni medicale şi psihice.

Abuzul frecvent de mâncare, alcool şi alte droguri al persoanei borderline — interpretat în mod tipic drept comportament autodistructiv — poate fi considerat, de asemenea, o încercare de automedicație a tumultului emoțional interior. Persoanele borderline descriu adesea un efect calmant al automutilării; în loc să simtă durere, ele trăiesc o uşurare care le alină sau o distragere a atenției de la durerea psihologică interioară. Automutilarea, ca orice altă traumă fizică sau stres, poate avea ca rezultat eliberarea de endorfine — substanțe naturale ale corpului similare narcoticelor, ce uşurează durerile naşterii, ale traumelor fizice, ale alergării pe distanțe lungi şi ale altor activități stresante fizic.

Modificările metabolismului şi morfologiei (structurii) creierului sunt, de asemenea, asociate cu TPB. Pacienții borderline manifestă o hiperactivitate în acea parte a creierului asociată cu emoțiile şi impulsivitatea (zona limbică) şi o scădere a activității în aria care controlează gândirea rațională şi reglarea emoțiilor (cortexul prefrontal). (Dezechilibre similare sunt observate la pacienții care

---

[2] Jerold J. Kreisman şi Hal Straus, *Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder* (Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2004): 13–15.

suferă de depresie şi anxietate.) În plus, schimbările de volum ale acestor părți ale creierului sunt şi ele asociate cu TPB şi sunt corelate cu aceste modificări fiziologice.[3]

Aceste modificări din creier pot fi legate de o leziune cerebrală sau boală. Un procent semnificativ de pacienți borderline prezintă în istoricul lor o traumă cerebrală, encefalită, epilepsie, dizabilități de învățare, ADHD şi complicații ale sarcinii.[4] Aceste anomalii sunt reflectate de neregularitățile undelor cerebrale (în EEG sau encefalogramă), de disfuncțiile metabolice şi de reduceri ale volumului materiei cenuşii şi albe.

De vreme ce eşecul realizării unui ataşament sănătos părinte–copil poate avea ca efect ulterior patologia caracterială, şi disfuncția cognitivă a copilului şi/sau a părintelui poate obstrucționa relația. Dat fiind că ultimele cercetări sugerează foarte convingător că TPB poate fi, cel puțin parțial, moştenită, părintele şi copilul pot avea amândoi disfuncții ale legăturii cognitive şi/sau emoționale. O comunicare defectuoasă poate perpetua insecuritatea şi defectele afective şi de impuls care creează TPB.

RĂDĂCINI ÎN DEZVOLTARE

Teoriile dezvoltării privitoare la cauzele TPB se focalizează pe interacțiunile delicate dintre copil şi persoana de îngrijire, mai ales în primii ani de viață. Perioada de vârstă cuprinsă între 18 şi 30 de luni, când copilul începe

---

[3] Eric Lis, Brian Greenfield, Melissa Henry et al., „Neuroimaging and Genetics of Borderline Personality Disorder: A Review", *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 32 (2007): 162–173.

[4] Paul A. Andrulonis, Bernard C. Glueck, Charles F. Stroebel et al., „Organic Brain Dysfunction and the Borderline Syndrome", *Psychiatric Clinics of North America* 4 (1980): 47–66.

eforturile de dobândire a autonomiei, este în mod special crucială. Unii părinți se opun în mod activ progreselor copilului către separare și insistă, în schimb, pe o simbioză controlată, exclusivă, deseori sufocantă. La cealaltă extremă, alți părinți oferă doar un parentaj sporadic (sau sunt absenți) în timpul unei mari perioade de creștere a copilului, și astfel nu oferă suficientă atenție și validare emoțiilor și experiențelor copilului. Oricare dintre extremele comportamentului parental — controlul comportamental exagerat și/sau slaba implicare emoțională — poate duce la eșecul copilului de a-și dezvolta un sentiment de sine pozitiv, stabil și poate conduce la o nevoie constantă de atașament și la o teamă cronică de abandon.

În multe cazuri, relația disfuncțională părinte–copil ia mai severa formă a pierderii parentale timpurii sau a separării traumatice prelungite, ori a ambelor. Ca și în cazul lui Dixie, multe persoane borderline au un tată absent sau cu tulburări de ordin psihologic. Figura maternă primară (care uneori poate fi tatăl) tinde să fie haotică, deprimată și să aibă propria psihopatologie semnificativă, deseori TPB. Istoricul familiei persoanei borderline este marcat adesea de incest, violență și/sau alcoolism. În multe cazuri există o relație continuă ostilă sau combatantă între mamă și copilul preborderline.

TEORIA RELAȚIILOR CU OBIECTUL ȘI SEPARAREA–INDIVIDUAREA ÎN PRUNCIE

Teoria relațiilor cu obiectul, un model al dezvoltării bebelușului, subliniază semnificația interacțiunilor copilului cu mediul său, prin opoziție cu instinctele psihice interne și pulsiunile biologice nelegate de senzațiile din afara lui. Conform acestei teorii, relațiile copilului cu „obiectele" (oameni și lucruri) din mediul său determină funcționarea sa ulterioară.

Modelul relațiilor cu obiectul primare pentru fazele timpurii ale dezvoltării bebeluşului a fost creat de Margaret Mahler şi de colegii săi.[5] Ei au postulat că primele două luni de viață ale bebeluşului erau caracterizate de o opacitate totală față de orice în afară de sine (*faza autistă*). În timpul următoarelor patru sau cinci luni, numite *faza simbiotică*, el începe să-i recunoască pe ceilalți din universul său, dar nu ca pe ființe separate, ci ca pe prelungiri ale lui însuşi.

În următoarea *perioadă de separare-individuare*, ce se întinde pe parcursul vârstei de doi până la trei ani, copilul începe să se separe şi să se decupleze de persoana de îngrijire primară, începând să-şi formeze un sentiment separat al sinelui. Mahler şi alții consideră crucială pentru viitoarea sănătate mentală a copilului abilitatea lui de a trece cu succes prin această fază de dezvoltare.

Pe parcursul întregii perioade de separare-individuare, copilul aflat în dezvoltare începe să schițeze granițele dintre sine şi ceilalți, sarcină complicată de două conflicte centrale — dorința de autonomie versus nevoia de apropiere şi dependență, şi frica de a fi înghițit versus frica de abandon.

Un factor care complică lucrurile şi mai mult în această perioadă este acela că un copil aflat în dezvoltare tinde să perceapă fiecare individ din mediu ca pe două persoane separate. De exemplu, când mama este mângâietoare şi sensibilă, ea este văzută ca fiind „atoatebună". Când nu este disponibilă sau incapabilă să aline şi să mângâie, ea este percepută ca o mamă separată, „atoaterea". Când ea pleacă din câmpul lui vizual, copilul o percepe ca fiind anihilată, dispărută pentru totdeauna şi plânge pentru ca întoarcerea ei să-l scape de panică şi

---

[5] Margaret Mahler, Fred Pine şi Anni Bergman, *The Psychological Birth of the Human Infant* (New York: Basic Books, 1975).

disperare. Pe măsură ce copilul se dezvoltă, acest „clivaj" normal este înlocuit de o integrare mai sănătoasă a trăsăturilor bune şi rele ale mamei, iar anxietatea de separare este înlocuită de cunoaşterea faptului că mama există chiar şi când nu este prezentă fizic şi că se va întoarce peste un timp — un fenomen cunoscut îndeobşte drept *constanța obiectului* (vezi pagina 96). Depăşirea acestor pietre de hotar ale dezvoltării este guvernată de creierul aflat în dezvoltare al copilului, care poate sabota adaptarea normală.

Mahler împarte faza de separare-individuare în patru subfaze care se suprapun.

Faza de diferențiere (5–8 luni). În această etapă de dezvoltare, bebeluşul devine conştient de o lume diferită de mamă. Încep „zâmbetele sociale" — o reacție la mediu, dar îndreptată în principal către mamă. Spre sfârşitul acestei faze, bebeluşul manifestă partea opusă a aceluiaşi răspuns — „anxietatea față de străin" —, recunoaşterea oamenilor nefamiliari din mediu.

Dacă relația cu mama este suportivă şi reconfortantă, reacțiile față de străini sunt caracterizate, în principal, de o mirare curioasă. Dacă relația nu este suportivă, anxietatea este mai pronunțată; copilul începe să împartă emoțiile față de alți indivizi în negative şi pozitive, bazându-se pe clivaj pentru a face față acestor emoții conflictuale.

Faza de exersare (8–16 luni). Faza de exersare este marcată de capacitatea tot mai bună a copilului de a pleca de lângă mamă, mai întâi de-a buşilea, apoi mergând. Aceste scurte separări sunt punctate de reuniri frecvente „de verificare" şi „realimentare", comportament ce demonstrează prima ambivalență a copilului față de autonomia sa în formare.

Faza reapropierii (16–25 de luni). În faza reapropierii, lumea tot mai extinsă a copilului îl stimulează să-şi dea seama că el posedă o identitate separată de a celor

din jurul lui. Reunirile cu mama şi nevoia aprobării ei îi întăresc conştientizarea că ea şi ceilalţi sunt separaţi, oameni reali. Însă tocmai în această fază a reapropierii, copilul şi mama se confruntă cu conflicte ce vor determina viitoarea vulnerabilitate la sindromul borderline.

Rolul mamei în toată această perioadă este să încurajeze copilul să experimenteze individuarea şi, în acelaşi timp, să-i ofere un rezervor constant şi suportiv de realimentare emoţională. Copilul normal de doi ani nu numai că dezvoltă o puternică legătură cu părinţii, ci şi învaţă să se separe temporar de ei mai degrabă cu tristeţe decât cu furie sau crize temperamentale. Când se reuneşte cu părintele, copilul este foarte probabil să se simtă atât fericit, cât şi furios din cauza separării. Mama grijulie empatizează cu copilul şi îi acceptă furia fără să se răzbune. După multe separări şi reuniri, copilul dezvoltă un sentiment de sine de durată, iubire şi încredere faţă de părinţi şi o ambivalenţă sănătoasă faţă de ceilalţi.

Însă mama unui copil preborderline tinde să răspundă copilului ei într-un mod diferit — fie respingând copilul prematur şi descurajând reunirea (poate din cauza propriei sale frici de apropiere), fie insistând să se agaţe de simbioză (poate din cauza propriei frici de abandon şi din nevoia ei de intimitate). În oricare dintre situaţii, copilul devine împovărat de o frică intensă de abandon şi/sau înghiţire, care-i sunt oglindite înapoi de fricile mamei.

Ca urmare, copilul nu devine niciodată o fiinţă umană separată emoţional. Mai târziu în viaţă, incapacitatea persoanei borderline de a ajunge la intimitate în relaţiile personale reflectă acest stadiu al dezvoltării infantile. Când un adult borderline se confruntă cu apropierea, el poate învia din copilărie fie sentimentele devastatoare de abandon care urmau întotdeauna după încercările sale inutile de intimitate, fie sentimentul de sufocare dat de

asfixierea constantă de către mamă. Sfidarea controlului mamei aduce riscul pierderii dragostei ei; satisfacerea ei aduce riscul pierderii de sine.

Această frică de a fi înghițit este bine ilustrată de T.E. Lawrence (*Lawrence al Arabiei*), care scrie, la vârsta de 38 de ani, despre teama lui de apropiere de mama sa dominatoare: „Mi-e groază ca ea să știe totul despre sentimentele, convingerile sau stilul meu de viață. Dacă ar ști, toate ar fi stricate; violate; nu mi-ar mai aparține".[6]

Faza constanței obiectului (25–36 de luni). Până la finalul celui de-al doilea an de viață, presupunând că stadiile anterioare de dezvoltare au progresat satisfăcător, copilul intră în faza constanței obiectului, în care el își dă seama că absența mamei (și a altor persoane primare de îngrijire) nu înseamnă automat anihilarea ei. Copilul învață să tolereze ambivalența și frustrarea. Este conștientizată natura temporară a furiei mamei. De asemenea, copilul începe să înțeleagă că propria lui ură violentă n-o va distruge pe mamă. El începe să aprecieze conceptul de iubire necondiționată și acceptare, dezvoltându-și capacitatea de a împărți și empatiza. Copilul devine mai receptiv față de tată și de alții din mediu. Imaginea de sine devine mai bună, în ciuda aspectelor autocritice ale conștiinței emergente.

În toate aceste sarcini, copilul este ajutat de obiectele tranziționale — lucrurile consolatoare familiare (ursuleți de pluș, păpuși, păturici), care o reprezintă pe mamă și sunt cărate pretutindeni de către copil pentru a-și ușura separările. Forma, mirosul și textura obiectului sunt reprezentări fizice ale mamei consolatoare. Obiectele tranziționale constituie unul dintre primele

---

[6] O scrisoare a lui T. E. Lawrence către Charlotte Shaw (18 august 1927), citată de John E. Mack, *A Prince of Our Disorder: The Life of T. E. Lawrence* (Boston: Little, Brown, 1976): 31.

compromisuri făcute de copil în negocierea conflictului dintre nevoia de stabilire a autonomiei şi nevoia de dependenţă. În cele din urmă, în dezvoltarea normală, obiectul tranziţional este abandonat când copilul este capabil să internalizeze o imagine permanentă a figurii materne protectoare şi mângâietoare.

Teoriile dezvoltării avansează ipoteza că persoana borderline nu reuşeşte niciodată să ajungă la acest stadiu al constanţei obiectului. În schimb, ea rămâne fixată la un stadiu de dezvoltare anterior, în care clivajul şi alte mecanisme de apărare rămân pronunţate.

Întrucât rămân blocate într-un efort continuu de atingere a constanţei obiectului, încrederii şi identităţii separate, adulţii borderline continuă să se bazeze pe obiecte tranziţionale pentru liniştire. O femeie, de pildă, avea mereu la ea, în geantă, un articol cu citate ale psihiatrului său. Când era stresată, scotea articolul, pe care îl numea „păturica ei de siguranţă". Faptul că vedea numele doctorului tipărit îi reîntărea existenţa lui, precum şi interesul şi grija lui permanente pentru ea.

Şi prinţesa Diana se liniştea prin obiecte tranziţionale, păstrând o menajerie de 20 de animale de pluş — „familia mea", cum le numea ea — la picioarele patului ei. După cum a observat iubitul ei James Hewitt, „stăteau aliniate circa 30 de animale de mângâiat — animale care o însoţiseră în copilărie, pe care le-a înghesuit în patul ei din Park House şi care o alinaseră, reprezentând o anumită siguranţă". Când pleca în călătorii, Diana îşi lua cu ea ursuleţul de pluş preferat.[7] Când sunt duse la extrem, actele superstiţioase, ritualizate pot reprezenta utilizarea borderline a obiectelor tranziţionale. Jucătorul care foloseşte aceleaşi şosete sau refuză să se bărbierească

---

[7] Sally B. Smith, *Diana in Search of Herself* (New York: Random House, 1999): 38.

înaintea meciului, de exemplu, poate fi pur şi simplu înclinat spre superstiţiile care predomină în sporturi; când asemenea comportamente sunt repetate compulsiv şi inflexibil, afectând funcţionarea de rutină, doar atunci persoana trece graniţa sindromului borderline.

CONFLICTELE COPILĂRIEI

Sentimentul emergent al copilului de constanţă a obiectului este provocat sistematic de progresul trecerii prin etapele cruciale ale dezvoltării. Ţâncul care abia începe să umble, captivat de poveştile pline de personaje în totalitate bune sau în totalitate rele, se întâlneşte cu numeroase situaţii în care foloseşte clivajul ca strategie de ajustare (*coping*) principală. (Albă-ca-Zăpada, de exemplu, poate fi concepută doar ca fiind atoatebună, iar diabolica regină ca fiind atoaterea; povestea nu stârneşte simpatie pentru o regină care poate fi produsul unei copilării haotice şi nici critici faţă de colaborarea eroinei cu şapte tipi scunzi!) Deşi acum are încredere în prezenţa permanentă a mamei, copilul aflat în creştere trebuie totuşi să se confrunte cu frica de a-i pierde dragostea. Copilul de patru ani care este certat fiindcă a fost „rău" se poate simţi ameninţat cu retragerea dragostei mamei; el nu poate concepe încă posibilitatea ca mama să-şi poată exprima propriile frustrări fără legătură cu propriul lui comportament. Şi nici nu a învăţat deocamdată că mama poate fi furioasă pe el şi să-l iubească la fel de mult în acelaşi timp.

În cele din urmă, copiii se confruntă cu anxietatea de separare la începerea şcolii. „Fobia de şcoală" nu este nici o fobie reală, nici legată exclusiv de şcoala în sine, ci reprezintă o interacţiune între anxietatea copilului şi reacţiile părinţilor, care pot întări dependenţa copilului prin propria lor ambivalenţă faţă de separare.

Procesul de separare-individuare este repetat la adolescență, când problemele identității şi apropierii de ceilalți devin din nou preocupări vitale. Atât în timpul fazei de reapropiere din copilărie, cât şi în cea din adolescență, principalul mod de relaționare al copilului este nu atât acțiunea, cât *reacțiunea* față de ceilalți, în special față de părinți. Dacă băiețelul sau fetița de doi ani încearcă să stârnească aprobarea şi admirația părinților formându-şi identitatea prin imitarea lor, adolescentul încearcă să-şi imite egalii sau adoptă comportamente conştient diferite — chiar opuse — de cele ale părinților. În ambele stadii, comportamentul copilului se bazează mai puțin pe nevoile interne determinate independent, ci mai degrabă pe *reacția* la persoanele semnificative din mediul apropiat. Prin urmare, comportamentul devine mai degrabă o căutare în direcția *descoperirii* identității decât o întărire a unei identități deja stabilite.

Un adolescent nesigur poate rumina la nesfârşit gânduri de tipul „mă iubeşte, nu mă iubeşte" despre prietena lui. Eşecul integrării acestor emoții pozitive şi negative, şi cel al formării unei percepții ferme şi coerente despre ceilalți duc la continuarea clivajului ca mecanism defensiv. Eşecul adolescentului de a menține constanța obiectului are ca efect probleme ulterioare în crearea unor relații de susținere, coerente şi de încredere, în formarea unui sentiment profund al identității şi în tolerarea anxietății şi frustrării.

Adesea, familii întregi adoptă un sistem borderline de interacțiune, în care identitățile nediferențiate ale membrilor familiei alternează fuzionarea cu separarea unora de celelalte. Melanie, fiica adolescentă a unei asemenea familii, se identifica îndeaproape cu mama sa deprimată cronic, care se simțea abandonată de soțul afemeiat.

Cum soțul era adesea plecat de acasă, iar ceilalți copii erau mult mai mici, mama s-a agățat de fiica ei adolescentă, povestindu-i detalii intime ale căsniciei sale nefericite și invadându-i intimitatea cu întrebări intruzive despre prietenii și activitățile ei. Sentimentele Melaniei de responsabilitate pentru fericirea mamei ei au sporit până într-acolo încât nu mai putea avea grijă de propriile nevoi. Chiar a ales o facultate din apropiere, pentru a putea locui acasă. În cele din urmă, Melanie a dezvoltat anorexie nervoasă, care a devenit principalul ei mecanism de a se simți în control, independentă și alinată.

În mod similar, mama Melaniei se simțea responsabilă și vinovată pentru boala fiicei sale. Mama își căuta alinarea prin cheltuieli extravagante (pe care le ascundea de soțul ei), plătind apoi facturile cu bani furați din contul bancar al fiicei sale. Mama, tatăl și fiica erau prinși într-o mocirlă familială disfuncțională, cu care nu doreau să se confrunte și din care nu erau capabili să iasă. În asemenea cazuri, tratamentul sindromului borderline poate necesita tratarea întregii familii (vezi Capitolul 7).

TRAUMELE

Traumele majore — pierdere parentală, neglijare, respingere, abuz fizic sau sexual — din primii ani de dezvoltare pot spori probabilitatea de TPB la adolescență și maturitate. Într-adevăr, istoriile de caz ale pacienților borderline sunt, de obicei, câmpuri de luptă dezolante, marcate de cămine destrămate, abuz cronic și privațiune emoțională.

Norman Mailer a descris efectul părintelui absent asupra lui Marilyn Monroe, care nu și-a cunoscut niciodată tatăl. Deși absența lui va contribui la instabilitatea ei emoțională de mai târziu, ea va fi, în mod ironic, și una dintre forțele motivaționale ale carierei ei:

> De obicei, marii actori descoperă că au talent mai întâi prin căutarea disperată a unei identități. Nu se mulțumesc cu o identitate obișnuită și nu-i împinge o disperare obișnuită. Forța care propulsează un mare actor în tinerețea sa este ambiția nebunească. Nelegitimitatea și nebunia sunt nașii marelui actor. Un copil căruia îi lipsește unul din părinți este un proiect în căutarea identității și devine rapid un candidat la actorie (dat fiind că cel mai creativ mod de a descoperi o identitate nouă și posibilă este prin potrivirea unui rol).[8]

La fel, prințesa Diana, respinsă de mamă și crescută de un tată rece și retras, prezenta caracteristici similare. „Am crezut întotdeauna că Diana ar fi fost o actriță foarte bună, pentru că juca orice rol își alegea", spunea fosta ei bonă Mary Clarke.[9]

Crescută într-un orfelinat mai mulți ani în prima copilărie, Marilyn a trebuit să învețe să supraviețuiască cu un minimum de dragoste și atenție. Imaginea sa de sine a suferit cel mai mult și a condus-o la comportamentul ei manipulativ cu iubiții de mai târziu. În cazul Dianei, „sentimentele ei adânci de lipsă de valoare" (în termenii elogiatori ai fratelui său Charles) i-au împiedicat relațiile cu bărbații. „Întotdeauna i-am ținut [pe iubiți] la distanță, credeam că nu sunt decât o pacoste — și nu mă puteam descurca emoțional cu asta. Credeam că eram dusă cu pluta."[10]

Desigur, nu toți copiii care sunt traumatizați sau abuzați devin adulți borderline; și nici toți adulții borderline nu au în istoria lor de viață traume sau abuzuri.

---

8 Norman Mailer, *Marilyn: A Biography* (New York: Grosset & Dunlop, 1973): 86.

9 *The Mail on Sunday* (1 iunie 1986), citat în Sally B. Smith (1999): 10.

10 Andrew Morton, *Diana: Her True Story—In Her Own Words* (New York: Simon & Schuster, 1997): 33–34.

Mai mult, studiile efectelor traumelor din copilărie se bazează pe inferențe făcute din povestirile adulților și nu pe studii longitudinale ce urmăresc copiii de mici până la maturitate. În fine, alte studii au demonstrat existența unor forme mai puțin extreme de abuz în istoria de viață a persoanelor borderline, în special neglijare (uneori din partea tatălui) și o legătură maritală strânsă, rigidă, care exclude susținerea și protecția adecvate pentru copil.[11, 12, 13] Cu toate acestea, mare parte din dovezile anecdotice și statistice demonstrează că există o legătură între diferite forme de abuz, neglijare și TPB.

NATURĂ VERSUS CULTURĂ

Dilema „natură – cultură" este, desigur, una îndelungată și controversată, ce se aplică multor aspecte ale comportamentului uman. Suferi de TPB din cauza destinului biologic moștenit de la părinți sau din cauza modului în care părinții au gestionat — sau nu — creșterea ta? Semnele biochimice și neurologice ale bolii au cauzat-o, sau acestea sunt cauzate *de către* boală? De ce unii oameni dezvoltă TPB în ciuda unei creșteri aparent sănătoase? De ce alții, împovărați de un trecut plin de traume și abuzuri, nu fac boala?

---

11 John G. Gunderson, John Kerr și Diane Woods Englund, „The Families of Borderlines: A Comparative Study", *Archives of General Psychiatry* 37 (1980): 27–33.

12 Hallie Frank și Joel Paris, „Recollections of Family Experience in Borderline Patients", *Archives of General Psychiatry* 38 (1981): 1031–1034.

13 Ronald B. Feldman și Herta A. Gunman, „Families of Borderline Patients: Literal-Minded Parents, Borderline Parents, and Parental Protectiveness", *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 1392–1396.

Aceste dileme de tip „oul sau găina" pot conduce la presupoziții false. De exemplu, pe baza teoriilor dezvoltării s-ar putea conchide că direcția cauzală este strict de sus în jos; adică, o mamă rece, detașată, va produce un copil borderline nesigur. Dar relația ar putea fi mai complexă și mai interactivă decât atât: un bebeluș cu colici, nereceptiv și neatrăgător poate genera dezamăgire și detașare la mamă. Indiferent care este primul, ambii continuă să interacționeze și să perpetueze tiparele interpersonale, care pot dura mulți ani și se pot extinde la alte relații. Efectele liniștitoare ale altor factori — un tată suportiv, familie și prieteni înțelegători, educație superioară, abilități fizice și mentale — vor ajuta la determinarea sănătății emoționale de fond a individului.

Deși nu există dovezi care să demonstreze existența unei gene specifice a TPB, oamenii pot moșteni vulnerabilități cromozomiale care ulterior își găsesc expresia printr-o anumită boală, în funcție de diferiți factori — frustrări și traume din copilărie, anumite evenimente stresante de viață, nutriție sănătoasă, acces la îngrijiri medicale și așa mai departe. Așa cum unii au postulat că defectele biologice moștenibile ale metabolismului alcoolului în corp pot fi asociate cu tendința unui individ de a dezvolta alcoolism, la fel poate că există o predispoziție genetică pentru TPB, ce implică o slăbiciune biologică a stabilizării dispoziției și impulsurilor.

Așa cum multe persoane învață că trebuie să respingă modul de gândire în alb și negru de tip „ori–ori", la fel și cercetătorii încep să considere că cel mai probabil model pentru TPB (și pentru majoritatea bolilor medicale și psihice) admite multipli factori determinanți — natură *și* cultură — care conlucrează și interacționează simultan. Personalitatea borderline este o tapiserie complexă, bogat brodată cu nenumărate fire întrepătrunse.

SOCIETATEA BORDERLINE

Fără vedenie de prooroc poporul e fără stăpân.
(Pilde 29:18)

Statele sunt ca oamenii; se dezvoltă din caracterul oamenilor.
(din *Republica*, de Platon)

Încă de la început, Lisa Barlow nu putea face nimic bine. Fratele ei mai mare fusese băiatul de aur: note bune, politicos, atletic, perfect. Sora ei mai mică, ce avea astm, fusese şi ea înconjurată în permanenţă de atenţie. Lisa nu fusese niciodată suficient de bună, mai ales în ochii tatălui ei. Îşi amintea cum el le reamintea constant celor trei copii ai lui că începuse de la zero, că părinţii lui nu avuseseră bani, că nu le păsase de el şi beau prea mult. Dar el triumfase. Îşi croise drumul făcând liceu, facultate şi primind câteva promovări la o bancă naţională de investiţii. În 1999 făcuse o avere pe piaţa acţiunilor de pe internet, doar pentru a o pierde un an mai târziu după câteva decizii profesionale greşite.

Cele mai vechi amintiri ale Lisei erau cu mama ei zăcând pe canapea bolnavă sau cu dureri şi ordonându-i

Lisei să facă una sau alta din treburile casei. Lisa a încercat din greu să aibă grijă de mama ei şi s-o convingă să nu mai ia analgezicele şi tranchilizantele care păreau s-o facă atât de confuză şi distantă.

Lisa credea că dacă ea ar fi fost suficient de bună, nu numai că ar fi făcut-o pe mamă să se simtă mai bine, ci l-ar fi mulţumit şi pe tatăl ei. Deşi notele ei erau întotdeauna excelente (chiar mai bune decât ale fratelui ei), tatăl ei îi desconsidera realizările: materia fusese prea uşoară sau ar fi putut să ia mai mult de 9+ sau —10. La un moment dat, s-a gândit că ar vrea să se facă medic, dar tatăl ei a convins-o că nu ar reuşi niciodată.

În copilăria şi adolescenţa ei, familia Barlow s-a mutat constant după slujbele sau promovările urmărite de tatăl ei. Din Omaha în St. Louis, la Chicago şi, în final, la New York. Lisa ura aceste mutări, iar ulterior şi-a dat seama că o disprețuise pe mama ei că nu se opusese niciodată. La fiecare câţiva ani, Lisa era făcută pachet şi trimisă ca un bagaj într-un nou oraş ciudat, unde se înscria la o şcoală nouă, cu noi elevi ciudaţi. (Ani de zile mai târziu, îi povestea terapeutului ei că se simţea „ca o victimă răpită sau ca o sclavă" în toate aceste experienţe.) Când familia a ajuns la New York, Lisa era la liceu. S-a jurat să nu-şi mai facă niciun fel de prieten, pentru a nu mai fi nevoită să-şi ia la revedere din nou.

Familia s-a mutat într-o casă elegantă dintr-o suburbie elegantă a New Yorkului. Desigur, casa era mai mare şi peluza mult mai bine tunsă, dar asta nu compensa prieteniile pe care le lăsase în urmă. Tatăl ei venea arareori seara acasă, iar când o făcea, era târziu, începea să bea şi să le înjure pe Lisa şi pe mama ei că nu făceau nimic toată ziua. Când tatăl ei bea prea mult, devenea violent, lovindu-şi uneori copiii mai tare decât intenţionase. Cel mai înfricoşător moment dintre toate era când el era beat şi mama lor ameţită de analgezice; atunci nu mai exista

nimeni care să aibă grijă de familie, cu excepția Lisei, iar ea nu suporta acest lucru.

În 2000 totul a început să se destrame. Firma tatălui ei (sau însuşi tatăl ei, Lisa nu fusese niciodată sigură) pierduse cumva totul când piața acțiunilor s-a prăbuşit. Tatăl ei era brusc în pericol de a-şi pierde slujba, şi dacă ar fi făcut-o, familia ar fi trebuit să se mute din nou, într-o casă mai mică dintr-un cartier mai puțin dezirabil. El părea să dea vina pe familie şi în special pe Lisa. Apoi, într-o dimineață însorită din septembrie 2001, Lisa a coborât scările şi l-a găsit pe tatăl său întins pe canapea, cu lacrimile şiroindu-i pe obraji. Dacă n-ar fi fost mahmur după beția din seara precedentă, ar fi fost ucis în biroul său de la World Trade Center.

Luni întregi după aceea, tatăl ei a fost neputincios şi mama la fel. În cele din urmă au divorțat şase luni mai târziu. În această perioadă, Lisa s-a simțit pierdută şi izolată. Era asemănător cu ceea ce simțise la ora de biologie, când privea în clasă şi observa că ceilalți copii se uitau prin microscoape, îşi luau notițe, aparent ştiind exact ce au de făcut, în timp ce ei i se făcea greață, neînțelegând prea bine ce se aşteaptă de la ea şi simțindu-se prea speriată ca să ceară ajutor.

După o vreme, pur şi simplu a încetat să mai încerce. La liceu a început să iasă cu „puştii nepotriviți". S-a asigurat că părinții ei îi vedeau şi le remarcau hainele ciudate. Trupul multora dintre prietenii ei era acoperit — aproape complet — cu tatuaje şi piercing-uri, iar salonul de tatuaje local a devenit o a doua casă şi pentru Lisa.

Întrucât tatăl ei a insistat că n-ar putea reuşi să devină medic, a ales meseria de asistentă medicală. La prima ei slujbă dintr-un spital, a întâlnit un „spirit liber", care voia să-şi folosească abilitățile de asistent în medii sociale defavorizate. Lisa a fost încântată de el şi s-au căsătorit curând după ce s-au cunoscut. Băutul lui „social" s-a accentuat pe

măsură ce lunile au trecut şi a început s-o lovească. Agresată şi bătută, Lisa a considerat că este vina ei — ea pur şi simplu nu era suficient de bună, nu-l putea face fericit. Spunea că nu avea prieteni pentru că n-o lăsa el, dar în adâncul ei ştia că motivul era mai degrabă propria frică de apropiere.

S-a simţit uşurată când, într-un final, el a părăsit-o. Îşi dorise despărţirea, dar nu putuse tăia cordonul ombilical ea însăşi. Însă după uşurare a venit frica: „Acum ce fac?".

Din banii obţinuţi la divorţ şi salariul ei, Lisa avea suficient cât să se întoarcă la şcoală. De data aceasta era hotărâtă să devină medic. Şi, spre şocul tatălui ei, a fost acceptată la o facultate de medicină. Începuse să se simtă din nou bine, apreciată şi respectată. Dar îndoielile de sine i-au revenit în facultate. Profesorii îi spuneau că este prea lentă, neîndemânatică la proceduri simple, dezorganizată. O criticau că nu recomandă analizele adecvate sau că nu primeşte la timp analizele de laborator. Doar cu pacienţii se simţea în largul ei — cu ei putea fi cine trebuia să fie: bună şi plină de compasiune când era nevoie sau dură şi solicitantă când era cazul.

Lisa s-a confruntat şi cu o serie de prejudecăţi la facultatea de medicină. Era mai în vârstă decât majoritatea celorlalţi studenţi, avea o educaţie foarte diferită şi era femeie. Mulţi pacienţi o strigau „soră", iar unii dintre pacienţii bărbaţi nu voiau o „doctoriţă". Era rănită şi furioasă, căci, la fel ca părinţii ei, societatea şi instituţiile sale i-au răpit demnitatea.

CULTURA ÎN DEZINTEGRARE

Teoriile psihologice capătă o dimensiune diferită când sunt privite în lumina culturii şi perioadei de timp din care provin. La începutul secolului al XX-lea, de pildă, când

Freud formula sistemul ce va deveni temelia gândirii psihiatrice moderne, contextul cultural era o societate victoriană structurată formal. Teoria lui potrivit căreia originea primară a nevrozei o reprezenta refularea gândurilor şi emoţiilor inacceptabile — agresive şi mai ales sexuale — era perfect logică în acest context social aşa de strict.

Acum, peste 100 de ani mai târziu, instinctele agresive şi sexuale sunt exprimate mult mai deschis, iar mediul social este mult mai confuz. În civilizaţia occidentală modernă este mult mai ambiguu ceea ce înseamnă să fii bărbat sau femeie decât în Europa începutului de secol XX. Structurile sociale, economice şi politice sunt mai puţin fixe. Familia şi rolurile culturale sunt mai puţin definite şi însuşi conceptul de „tradiţional" este neclar.

Deşi factorii sociali pot să nu fie o cauză directă a TPB (sau a altor forme de boală mentală), ei constituie, cel puţin, influenţe indirecte importante. Factorii sociali interacţionează cu TPB în mai multe moduri, care nu pot fi trecute cu vederea. Întâi, dacă originea patologiei borderline se află devreme în viaţă — şi multe dovezi o indică —, atunci este probabil ca o sporire a patologiei să fie legată de schimbarea tiparelor sociale ale structurii familiei şi ale interacţiunii părinte–copil. În această privinţă, merită să examinăm schimbările sociale din zona tiparelor creşterii copiilor, a stabilităţii vieţii de familie şi a abuzului şi neglijării copilului.

În al doilea rând, schimbările sociale de natură mai generală au un efect de exacerbare asupra oamenilor care suferă deja de sindromul borderline. Lipsa de structură a societăţii americane, de exemplu, este extrem de dificil de gestionat pentru persoanele borderline, dat fiind că ei au o imensă problemă în crearea structurii pentru ei înşişi. Modificarea rolurilor femeilor (carieră versus casnică, de pildă) tinde să agraveze problemele de identitate. Într-adevăr, unii cercetători atribuie prevalenţa

TPB printre femei acestui conflict de rol social, atât de răspândit în societatea noastră. Severitatea sporită a TPB în aceste cazuri poate fi transmisă generațiilor viitoare, la rândul ei, prin interacțiunile părinte–copil, multiplicându-şi efectele în timp.

În al treilea rând, recunoaşterea tot mai mare a tulburărilor de personalitate în general şi a personalității borderline în special poate fi considerată un răspuns natural şi inevitabil la cultura noastră contemporană — sau o expresie a ei. După cum nota Christopher Lasch în *The Culture of Narcissism*:

> Orice societate îşi reproduce cultura — normele, presupozițiile subiacente, modurile de organizare a experienței — în individ în forma personalității. După cum spunea Durkheim, personalitatea este individul socializat.[1]

Pentru mulți, cultura americană şi-a pierdut contactul cu trecutul şi rămâne ruptă de viitor. Valul progreselor tehnologice şi al informației, care a înghițit sfârşitul secolului al XX-lea şi începutul secolului al XXI-lea, implicând computere, tablete, telefoane mobile şi aşa mai departe, necesită adesea o mai mare angajare a individului în studiu şi practică solitară, sacrificând astfel ocaziile de interacțiune socială reală. Într-adevăr, preocuparea — unii ar spune obsesia — pentru computere şi alte dispozitive digitale, în special a tinerilor, şi folosirea lor pentru ceea ce este numit îndeobşte „media socială" (Facebook, MySpace, Twitter, YouTube etc.) pot avea ca rezultat, în mod ironic, mai mult egocentrism şi mai puțină interacțiune fizică; trimiterea de SMS-uri,

---

[1] Christopher Lasch, *The Culture of Narcissism* (New York: W.W. Norton, 1978): 34.

postarea pe bloguri, postările şi trimiterea de mesaje pe Twitter, toate evită contactul vizual. Rata sporită a divorţurilor, folosirea tot mai pronunţată a centrelor de îngrijire de zi şi o mobilitate geografică mai mare au contribuit toate la o societate căreia îi lipseşte constanţa şi încrederea. Relaţiile personale, intime, de durată devin dificile sau imposibil de realizat, consecinţele fiind singurătatea profundă, egocentrismul, vidul interior, anxietatea, depresia şi pierderea stimei de sine.

Sindromul borderline reprezintă un răspuns patologic la aceste tipuri de stres. Fără o sursă exterioară de stabilitate şi validare a valorii personale, simptomele borderline ale gândirii în alb şi negru, autodistructivitatea, schimbările de dispoziţie extreme, impulsivitatea, relaţiile dificile, sentimentul lezat al identităţii şi furia devin reacţii de înţeles faţă de tensiunile culturii noastre. Trăsăturile borderline, care pot fi prezente într-o anumită măsură la toţi oamenii, sunt stimulate — poate chiar înmulţite — pe scară largă de către condiţiile sociale dominante. Redactorul Louis Sass de la *New York Times* spunea:

> Probabil că fiecare cultură are nevoie de propriii ţapi ispăşitori, ca expresie a relelor societăţii. Aşa cum istericii din vremea lui Freud exemplificau refularea sexuală a epocii, la fel şi persoana borderline, a cărei identitate este clivată în multe bucăţi, reprezintă fracturarea unităţii stabile din societatea noastră.[2]

Deşi înţelepciunea convenţională presupune că patologia borderline a sporit în ultimele câteva decenii, unii psihiatri cred că simptomele erau la fel de frecvente şi la începutul secolului al XX-lea. Ei afirmă că ceea ce

---

[2] Louis Sass, „The Borderline Personality", *New York Times Magazine* (12 august 1982): 13.

s-a schimbat nu este prevalența bolii, ci faptul că acum este identificată și definită oficial, astfel încât este doar diagnosticată mai frecvent. Chiar și unele din cazurile de început ale lui Freud, examinate din perspectiva criteriilor curente, ar putea fi diagnosticate azi ca personalități borderline.

Însă această posibilitate nu diminuează cu nimic importanța numărului în creștere de pacienți borderline care ajung în cabinetele psihiatrilor și a recunoașterii tot mai largi a caracteristicilor borderline în cadrul populației generale. De fapt, motivul principal datorită căruia a fost identificată și acoperită pe larg în literatura clinică este prevalența sa, atât în context terapeutic, cât și în cultura publică.

COLAPSUL STRUCTURII: O SOCIETATE FRAGMENTATĂ

Puțini ar contrazice ideea că societatea a devenit mult mai fragmentată de la sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial încoace. Structurile familiale stabile timp de decenii — familia nucleară, familia extinsă, gospodăriile întreținute din veniturile unui singur membru, stabilitatea geografică — au fost înlocuite de o mare varietate de tipare, mișcare și tendințe. Rata divorțurilor a crescut exploziv. Abuzul de droguri și alcool, precum și neglijarea și abuzul copiilor au atins cote uriașe. Crima, terorismul și asasinatul politic au devenit larg răspândite, ajungând uneori un lucru obișnuit. Perioadele de incertitudine economică, ilustrate de caruselul boom-urilor și crizelor, au devenit regula, nu excepția.

Unele dintre aceste schimbări pot fi legate de eșecul societății de a atinge un fel de „reapropiere socială".

După cum spuneam în Capitolul 3, în timpul fazei de separare-individuare copilul mic se aventurează să se îndepărteze de mamă cu precauție, dar revine la ea pentru căldura liniştirii, familiaritate şi acceptare. Întreruperea acestui ciclu de reapropiere are adesea ca rezultat lipsa de încredere, relații tulburate, vid interior, anxietate şi o imagine de sine incertă — caracteristici specifice sindromului borderline. În mod similar, cultura contemporană poate fi considerată ca împiedicând o „reapropiere socială" sănătoasă, prin obstrucționarea accesului la ancore de confort. Această perturbare n-a fost niciodată mai evidentă decât în primul deceniu al secolului al XXI-lea, traversat de colaps economic, recesiune, pierderea slujbelor, falimente şi aşa mai departe. În majoritatea zonelor țării, nevoia de două venituri pentru păstrarea unui standard decent de trai a forțat mulți părinți să transfere altora îndatoririle lor parentale; concediul plătit de îngrijire a copilului pentru proaspeții părinți sau creşele organizate la locul de muncă sunt relativ rare şi aproape întotdeauna limitate. Slujbele, ca şi presiunile sociale şi economice încurajează mutări frecvente, iar această mobilitate geografică, la rândul ei, ne scoate din rădăcinile noastre stabilizatoare, aşa cum s-a întâmplat în cazul familiei Lisei. Ne pierdem (sau ne-am pierdut deja) confortul proximității familiei şi al rolurilor sociale coerente.

Când accesoriile obişnuinței dispar, ele pot fi înlocuite de un sentiment de abandon sau derivă în ape necunoscute. Copiilor noştri le lipsesc sentimentul trecutului şi cel de apartenență — al unei prezențe ancorate în lume. Pentru a-şi forma sentimentul de control şi de familiaritate confortabilă într-o societate alienantă, individul poate recurge la o gamă largă de comportamente patologice — dependență de substanțe, tulburări alimentare, comportamente antisociale etc.

Eşecul societăţii de a oferi reapropierea care aduce legături liniştitoare, stabilizatoare este reflectat de nesfârşitele serii de mişcări sociale din ultimii 50 de ani. Am trecut vertiginos de la lupta pentru dreptate socială explozivă orientată spre celălalt, manifestată în „Deceniul Noi" al anilor 1960, la narcisicul „Deceniu Eu" al anilor 1970, apoi la perioada materialistă, de concurenţă acerbă pentru a fi primul, a „Deceniului Uau" din anii 1980. Perioada relativ prosperă şi stabilă a anilor 1990 a fost urmată de turbulenţii ani 2000: boom şi criză financiară, catastrofe naturale (Katrina şi alte uragane, tsunamiuri devastatoare, cutremure şi incendii), un război prelungit şi mişcări sociopolitice (antirăzboi, pentru drepturile minorităţilor sexuale) — închizând cercul început cu anii 1960.

Unul dintre marii perdanţi ai acestor mişcări tectonice a fost loialitatea de grup — devotamentul faţă de familie, vecinătate, biserică, ocupaţie şi ţară. Câtă vreme societatea continuă să alimenteze detaşarea de oamenii şi instituţiile care oferă reapropierea liniştitoare, indivizii răspund în moduri care, practic, definesc sindromul borderline: scădere a sentimentului de identitate validată, înrăutăţire a relaţiilor interpersonale, izolare şi singurătate, plictiseală şi (în absenţa forţei stabilizatoare a presiunilor grupului) impulsivitate.

Asemenea lumii persoanei borderline, şi a noastră este în multe privinţe o lume a contradicţiilor masive. Presupunem că noi credem în pace, dar străzile, filmele, televizoarele şi sporturile noastre sunt pline de agresivitate şi violenţă. Suntem o naţiune fondată pe principiul „ajută-ţi vecinul", dar am devenit una dintre cele mai conservatoare politic, egocentriste şi materialiste societăţi din istoria umanităţii. Sunt încurajate asertivitatea şi acţiunea; reflecţia şi introspecţia sunt echivalate cu slăbiciunea şi incompetenţa.

Forţele sociale contemporane ne implorã sã îmbrãţişãm o polaritate mitologicã — negru sau alb, corect sau incorect, bine sau rãu — bazându-ne pe nostalgia pentru vremurile mai simple, pentru propria noastrã copilãrie. Sistemul politic prezintã candidaţi care adoptã poziţii polarizate: „Eu sunt cel bun, celãlalt este cel rãu"; America este bunã, Uniunea Sovieticã este „Imperiul Rãului", Iran, Irak şi Coreea de Nord sunt „Axa Rãului". Facţiunile religioase ne îndeamnã sã credem cã varianta lor este singura cale de mântuire. Sistemul juridic, construit pe premisa cã cineva este fie vinovat, fie nevinovat, cu foarte puţin spaţiu pentru nuanţele de gri, perpetueazã mitul cã viaţa este dreaptã în sine şi cã justiţia poate fi realizatã — adicã, atunci când se întâmplã ceva rãu, rezultã cu necesitate cã este vina altcuiva şi cã acea persoanã trebuie sã plãteascã.

Avalanşa de informaţii şi timp liber face dificilã stabilirea priorităţilor în viaţã. În mod ideal, noi — ca indivizi şi societate — încercãm sã atingem un echilibru între hrãnirea corpului şi a minţii, între muncã şi timp liber, între altruism şi interesul propriu. Dar într-o societate tot mai materialistã, este un pas foarte mic între asertivitate şi agresivitate, între individualism şi alienare, între autoconservare şi egocentrism.

Înclinarea tot mai accentuatã în faţa tehnologiei a condus la urmãrirea obsesivã a preciziei. Calculatoarele au înlocuit tabla înmulţirii şi regulile împãrţirii, iar apoi au fost înlocuite, la rândul lor, de computere, care au devenit omniprezente în aproape toate aspectele vieţii noastre — automobile, aparate casnice, telefoane mobile — şi care conduc orice maşinã sau dispozitiv din care fac parte. Cuptorul cu microunde eliberează adulţii de corvoada gãtitului. Ariciul scuteşte copiii sã mai înveţe sã lege şireturi. Efortul creativ şi intelectual este sacrificat convenienţei şi preciziei.

Toate aceste încercări de a impune ordinea şi corectitudinea într-un univers aleatoriu şi nedrept întăresc lupta inutilă a persoanei borderline de a alege doar între alb sau negru, corect sau incorect, bine sau rău. Dar lumea nu este nici intrinsec dreaptă, nici exactă; este alcătuită din subtilităţi, care necesită o abordare mai puţin simplistă. O civilizaţie sănătoasă poate accepta ambiguităţi incomode. Încercările de a eradica sau ignora incertitudinea tind doar să încurajeze o societate borderline.

Ar fi naiv din partea noastră să credem că efectul cumulativ al tuturor acestor schimbări — tensiunea covârşitoare a forţelor contrare — nu are nicio influenţă asupra psihicului nostru. Într-un fel, cu toţii locuim într-un soi de „zonă de graniţă" — între o Americă a prosperităţii, sănătăţii, înaltei tehnologii, pe de o parte, şi sărăcie sub limita subzistenţei, lipsa de adăpost, abuzul de droguri şi boala mentală, pe de altă parte; între visul unei lumi sănătoase, sigure, de încredere şi coşmarul nebunesc al holocaustului nuclear.

Preţul schimbării sociale a venit sub forma stresului şi a tulburărilor fizice legate de stres, precum infarctul, accidentul vascular şi hipertensiunea. Acum trebuie să ne confruntăm cu posibilitatea ca boala mentală să fi devenit o parte a preţului psihologic.

GROAZA DE VIITOR

În ultimele patru decenii, mediul terapeutic a cunoscut o schimbare fundamentală în definirea psihopatologiei — de la simptomele nevrozei la tulburările de caracter. Încă din 1975, psihiatrul Peter L. Giovachinni scria: „Clinicienii se confruntă constant cu numărul aparent în creştere al pacienţilor care nu se potrivesc

categoriilor curente de diagnostic. [Ei nu suferă de] simptomele definite, ci au plângeri vagi, slab definite... Când mă refer la acest tip de pacienți, practic toată lumea știe la cine mă refer"[3]. Începând cu anii 1980, asemenea descrieri au devenit un loc comun, pe măsură ce tulburările de personalitate au înlocuit nevroza clasică în calitate de patologie predominantă. Ce factori sociali și culturali au influențat această schimbare de patologie? Mulți cred că unul dintre factori este devalorizarea trecutului:

> Trăirea momentului este pasiunea dominantă — să trăiești pentru tine însuți, nu pentru predecesori sau posteritate... Ne pierdem cu rapiditate sentimentul de continuitate istorică, sentimentul de a aparține unei succesiuni de generații ce-și au originea în trecut și se întind spre viitor.[4]

Pierderea continuității istorice se produce în ambele direcții, și înapoi, și înainte: devalorizarea trecutului întrerupe legătura perceptuală cu viitorul, care devine un mare necunoscut, o sursă atât de groază, cât și de speranță, o uriașă întindere de nisipuri mișcătoare, din care devine extraordinar de greu să ieși. Timpul este perceput sub forma unor puncte izolate în locul unui șir continuu și logic de evenimente influențate de realizările trecute, acțiunea prezentă și anticiparea viitorului.

Cumplita posibilitate a unui eveniment catastrofic — amenințarea anihilării nucleare, un alt atac terorist masiv precum cel din 11 septembrie 2011, distrugerea mediului din cauza încălzirii globale etc. — contribuie la neîncrederea noastră în trecut și la groaza noastră de viitor.

---

[3] Peter L. Giovachinni, *Psychoanalysis of Character Disorders* (New York: Jason Aronson, 1975).

[4] Christopher Lasch (1978): 5.

Studii empirice pe adolescenți și copii arată sistematic „conștientizarea pericolului, lipsa de speranță în privința supraviețuirii, perspectiva unui timp scurtat și pesimism în privința atingerii scopurilor în viață. Sinuciderea este menționată iar și iar ca strategie de a face față amenințării"[5]. Alte studii au găsit că amenințarea războiului nuclear zorește copiii spre un fel de „maturitate timpurie", similară tipului observat la copiii preborderline (ca Lisa), care sunt forțați să preia controlul asupra familiilor care și-au pierdut orice control din cauza TPB, a alcoolismului sau a altor tulburări mentale.[6] Mulți tineri cu vârsta între 14 și 22 de ani se așteaptă să moară înainte să împlinească 30 de ani, conform unui studiu din 2008 publicat în *Journal of Adolescent Health*. Circa unul din 15 tineri (6,7%) a exprimat un asemenea „fatalism nerealist", conchide studiul. Descoperirile se bazează pe patru ani de sondaje, pe un total de 4.201 adolescenți, realizate între 2002 și 2005 de către Adolescent Risk Communication Institute al Anneberg Public Policy Center. În ciuda unei scăderi a ratei sinuciderilor celor cu vârsta între 10 și 24 de ani, suicidul rămâne a treia cauză principală a morții în această grupă de vârstă.[7]

După cum am văzut, persoana borderline întruchipează această orientare către „acum". Cu un interes minim pentru trecut, un borderline este aproape un amnezic cultural; sertarul lui cu amintiri calde (care ne susțin pe cei mai mulți dintre noi în momentele grele) este gol. Ca atare, el este condamnat să sufere fără momente de respiro, fără amintiri ale perioadelor mai

---

5 David S. Greenwald, *No Reason to Talk About It* (New York: W.W. Norton, 1987).

6 Paul A. Andrulonis, comunicare personală, 1987.

7 Patrick E. Jamieson și Dan Romer, „Unrealistic Fatalism in U.S. Youth Ages 14 to 22: Prevalence and Characteristics", *Journal of Adolescent Health* 42 (2008): 154–160.

bune care să-l ajute să treacă prin perioadele dificile. Incapabil să învețe din propriile greşeli, este condamnat să le repete.

Este puțin probabil ca părinții care se tem de viitor să fie atenți la nevoile generației următoare. Un părinte modern, detaşat emoțional şi alienat — dar care, în acelaşi timp, răsfață şi este prea îngăduitor — devine un candidat probabil la modelarea viitoarelor personalități borderline.

JUNGLA RELAȚIILOR INTERPERSONALE

Poate că schimbările sociale cele mai emblematice din ultimii 50 de ani s-au petrecut în aria moravurilor, rolurilor şi practicilor sexuale — de la sexualitatea reprimată a anilor 1950 la „dragostea liberă" şi „căsătoria deschisă" din cadrul revoluției sexuale a anilor 1960, la reevaluarea masivă a sexualității în anii 1980 (în principal din cauza fricii de SIDA şi de alte boli cu transmitere sexuală), până la mişcările pentru gay şi lesbiene din ultimul deceniu. Puternica răspândire a website-urilor matrimoniale şi a site-urilor de socializare a făcut atât de uşoară stabilirea contactului personal, încât vechile „baruri de agățat" devin tot mai irelevante. Relațiile romantice sau sexuale inocente — sau ilicite — pot fi inițiate acum apăsând câteva taste la computer sau printr-un SMS. Încă nu se ştie dacă spațiul cibernetic a „civilizat" lumea relațiilor interpersonale sau a transformat-o într-o junglă mai periculoasă decât era.

Ca efect al tuturor acestor forțe sociale, a devenit tot mai greu de realizat şi păstrat căsniciile, relațiile de iubire şi prieteniile profunde şi durabile. 60% dintre mariajele cuplurilor cu vârsta între 20 şi 25 de ani sfârşesc prin

divorț; pentru cei cu vârsta de peste 25 de ani, proporția este de 50%.[8] Încă din 1982, Lasch nota că „pe măsură ce viața socială devine din ce în ce mai războinică și mai barbară, relațiile personale, care aparent oferă o ușurare față de acele condiții, capătă caracterul unei lupte"[9].

În mod ironic, persoanele borderline pot fi foarte potrivite pentru acest tip de luptă. Nevoia bărbatului narcisic de a domina și de a fi idolatrizat se potrivește foarte bine cu nevoia ambivalentă a femeii borderline de a fi controlată și pedepsită. După cum am văzut în cazul Lisei de la începutul acestui capitol, femeile borderline se mărită adesea de foarte tinere, pentru a scăpa de haosul vieții familiei. Se agață de soți dominanți, cu care recreează miasma vieții de acasă. Amândoi pot intra într-un soi de diadă sado-masochistă de tip „Poc!... Mersi, aveam nevoie de asta!". Mai puțin tipică, dar la fel de întâlnită este inversarea acestor roluri, cu un bărbat borderline legat de o parteneră narcisică.

Masochismul este o caracteristică pronunțată a relațiilor borderline. Dependența combinată cu durerea dă naștere cunoscutului refren „iubirea doare". Când e copil, persoana borderline trăiește durere și confuzie în încercarea de a stabili o relație de maturizare cu mama sau persoana de îngrijire primară. Mai târziu în viață, reînnoiește această confuzie timpurie cu alți parteneri — soț/soție, prieteni, profesori, angajatori, preoți, medici. În special criticile și abuzul reîntăresc imaginea de sine lipsită de orice valoare a persoanei borderline. Relațiile ulterioare ale Lisei cu soțul ei și profesorii de la facultate, de pildă, i-au reiterat sentimentele profunde de lipsă de valoare care i-au fost sădite de criticile permanente ale tatălui ei.

---

8 „Number, Time, and Duration of Marriages and Divorces", Washington, DC: U.S. Census Bureau, 2005: 7–10.

9 Christopher Lasch (1978): 30.

Uneori, suferința masochistă a persoanei borderline se transformă în sadism. De exemplu, Ann îl încuraja uneori să bea pe soțul ei Larry, știind că acesta avea o problemă cu alcoolul. Apoi provoca o ceartă, fiind pe deplin conștientă de tendințele spre violență ale lui Larry la băutură. După o bătaie, Ann își purta vânătăile ca pe trofee, amintindu-i lui Larry de violența lui și insistând să iasă împreună în public, unde Ann își explica semnele drept urmări ale unor „accidente" precum „lovitul de uși". După fiecare episod, Larry regreta profund și se simțea umilit, în timp ce Ann se prezenta ca o martiră îndelung suferindă. În acest fel, Ann se folosea de bătăile primite pentru a-și cere pedeapsa de la Larry. Identificarea victimei reale din această relație devine tot mai neclară.

Chiar și când o relație este aparent ruptă, persoana borderline se întoarce în genunchi pentru mai multe pedepse, simțind că merită să fie denigrată. Pedeapsa este confortabil de familiară, fiind mai ușor de gestionat decât perspectiva înfricoșătoare a singurătății sau a unui alt partener.

Un scenariu tipic al relațiilor sociale moderne este tiparul „suprapunerii relațiilor", numit de obicei „acoperire" — începerea unei noi relații romantice înainte de a o termina pe cea curentă. Persoana borderline ilustrează această nevoie constantă de parteneriat: pe măsură ce escaladează eșafodajul relațiilor, ea nu poate da drumul stinghiei de jos până nu s-a prins bine de cea de sus. În mod tipic, o persoană borderline nu-și va părăsi soțul actual abuziv până când nu este măcar vizibil la orizont un nou „cavaler strălucitor".

Perioadele moravurilor social-sexuale relaxate și ale relațiilor romantice mai puțin structurate (precum cele din anii 1960 și 1970) sunt mai dificil de gestionat pentru persoanele borderline; în mod paradoxal, libertatea sporită și lipsa de structură încarcerează persoana

borderline, care are un mare handicap în ceea ce priveşte conturarea propriului sistem de valori. Invers, reţinerea sexuală de la sfârşitul anilor 1980 (din cauza, în parte, epidemiei de SIDA) poate fi terapeutică, ironic, pentru personalităţile borderline. Fricile sociale întăresc graniţele stricte, ce pot fi încălcate doar cu riscul unui mare prejudiciu fizic; impulsivitatea şi promiscuitatea au acum pedepse aspre, sub forma bolilor cu transmitere sexuală, a devianţilor sexuali violenţi şi aşa mai departe. Structura externă îl poate ajuta pe borderline să se apere de propria autodistructivitate.

MODIFICAREA TIPARELOR ROLURILOR DE GEN

În perioada timpurie a secolului trecut, rolurile sociale erau mai puţine, mai bine definite şi mult mai uşor de combinat. Mama era casnică, muncea în casă şi se ocupa de copii. Interesele exterioare, precum implicarea şcolară, hobby-urile şi munca de caritate decurgeau natural din aceste îndatoriri. Munca şi vizibilitatea comunitară a tatălui se îmbinau armonios, de asemenea. Iar împreună, rolurile lor se sincronizau.

Însă complexitatea societăţii moderne dictează individului să dezvolte o mulţime de roluri sociale — dintre care multe nu se îmbină aşa uşor. O mamă cu serviciu, de pildă, are două roluri distincte şi trebuie să facă mari eforturi pentru a le îndeplini bine pe amândouă. Politicile multor angajatori cer ca o angajată mamă să separe total casa de serviciu; ca urmare, multe mame se simt vinovate sau jenate când problemele dintr-o zonă au impact asupra celeilalte.

Un tată care lucrează îşi împarte şi el rolurile de acasă şi de la serviciu în compartimente separate. Nu mai este

proprietarul băcăniei locale, care trăieşte deasupra magazinului. Mai degrabă lucrează la kilometri depărtare de casă şi petrece mult mai puţin timp cu familia. Mai mult, tatăl modern îşi asumă un rol tot mai implicat în cadrul responsabilităţilor familiale.

Modificarea tiparelor de rol în ultimii 25 de ani constituie un element central al teoriilor care explică de ce TPB este comună mai ales femeilor. În trecut, femeia avea un anumit parcurs al vieţii — măritându-se (de regulă la sfârşitul adolescenţei sau până la vârsta de 25 de ani), având copii, stând acasă pentru creşterea copiilor şi reprimându-şi orice ambiţii de carieră. Astăzi, în schimb, o tânără femeie se confruntă cu o gamă ameţitoare de modele de rol şi aşteptări — de la femeia de carieră necăsătorită la femeia de carieră căsătorită, până la mama ocrotitoare tradiţională şi la „superfemeia" care se străduieşte să îmbine cu succes mariajul cu cariera şi copiii.

Şi bărbaţii s-au confruntat, bineînţeles, cu noi roluri şi aşteptări, dar nici pe departe atât de variate — şi nici atât de conflictuale — ca ale femeilor. În ziua de azi, se aşteaptă de la bărbaţi să fie mai deschişi, sensibili şi să-şi asume o mai mare contribuţie la creşterea copiilor decât în epocile precedente. Însă aceste calităţi şi responsabilităţi se adaptează, de obicei, rolului general de „furnizor" sau „cofurnizor". Sunt rari bărbaţii care îşi abandonează cariera, de pildă, pentru rolul de „soţ casnic"; nici nu se aşteaptă acest lucru de la ei.

Bărbaţii au avut de făcut mai puţine ajustări pe parcursul evoluţiei relaţiilor şi căsătoriei. De pildă, mutarea domiciliului este dictată, de obicei, de necesităţile carierei bărbatului, de vreme ce el este, cel mai adesea, principalul aducător de venituri al casei. Pe parcursul sarcinii, naşterii şi creşterii copiilor se produc puţine modificări ale realităţii de zi cu zi a bărbatului. Femeia nu numai că îndură solicitările fizice ale sarcinii şi naşterii, trebuind

să-şi părăsească slujba pentru a naşte, dar tot ea este cea care trebuie să facă şi tranziţia înapoi la serviciu sau să renunţe la carieră. Şi în multe gospodării în care lucrează ambii soţi, deşi acest lucru poate să nu fie declarat deschis, femeia încă îşi asumă pur şi simplu principala responsabilitate în întreţinerea locuinţei. Ea este cea care, de obicei, îşi schimbă planurile pentru a rămâne acasă cu copilul bolnav sau ca să aştepte instalatorul.

Deşi femeile au luptat cu succes pentru a avea opţiuni sociale şi profesionale sporite, este posibil ca ele să fi trebuit să plătească un preţ pe măsură în acest proces: decizii dureroase privind cariera, familia şi copiii; încordări în relaţia cu copiii şi soţul; stres rezultat din necesitatea de a trăi cu deciziile luate şi confuzie în privinţa a cine sunt şi cine vor să fie. Din această perspectivă, este de înţeles că femeile ar trebui asociate mai mult cu TPB, o tulburare în care confuzia de identitate şi confuzia de rol sunt componente centrale.

ORIENTAREA SEXUALĂ ŞI PERSOANELE BORDERLINE

Orientarea sexuală poate contribui şi ea la confuzia de rol a persoanei borderline. Conform acestei teorii, unii cercetători estimează o creştere semnificativă a ratei perversiunilor sexuale printre persoanele borderline.[10, 11] Printre factorii de mediu care pot contribui, teoretic, la dezvoltarea identităţii sexuale se numără lipsa modelelor de rol, agresiunile sexuale, o nevoie insaţiabilă de afecţiune şi atenţie, disconfortul în propriul trup şi informaţii sexuale contradictorii.

---

[10] George S. Zubenko et al., „Sexual Practices Among Patients with Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 144 (1987): 748–752.

[11] Otto Kernberg, „Borderline Personality Organization", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15 (1967): 641–685.

TIPARELE FAMILIALE ŞI DE CREŞTERE A COPIILOR

De la finele celui de-al Doilea Război Mondial, societatea noastră a trecut prin schimbări izbitoare ale tiparelor familiale şi de creştere a copiilor:

- Instituţia familiei nucleare a fost într-un declin constant. În principal din cauza divorţului, jumătate din toţi copiii americani născuţi în anii 1990 îşi vor petrece o parte din copilăria lor într-un cămin cu un singur părinte.[12]
- Structurile familiale alternative (cum ar fi „familiile mixte", în care un părinte singur cu copii se combină cu un alt părinte singur pentru a forma o nouă unitate familială), au condus la situaţii în care mulţi copii sunt crescuţi de alte persoane decât părinţii naturali. Conform unui studiu, doar 63% dintre copiii americani cresc împreună cu ambii părinţi biologici — cel mai mic procent din lumea occidentală.[13] Datorită mobilităţii geografice crescute, printre alţi factori, familia tradiţională extinsă, cu bunici, fraţi, veri şi alte rude locuind în proximitate, este aproape dispărută, lăsând familia nucleară, practic, fără niciun sprijin.
- Numărul femeilor care lucrează în afara casei a crescut dramatic. 40% dintre femeile care lucrează sunt mame de copii cu vârsta sub 18 ani; 71% din toate mamele singure sunt angajate.[14]

---

12 Jason Fields, „Children's Living Arrangements and Characteristics: March 2002", Current Population Reports, P20-547, U.S. Census Bureau, 2003.

13 „The State of Unions 2005", Raport al National Marriage Project, Rutgers University (2005): 17–21.

14 Jason Fields, U.S. Census Bureau (2003).

- Ca urmare a faptului că femeile lucrează în afara casei, mai mulți copii ca niciodată sunt plasați în diferite forme de îngrijire de zi — de la vârste mult mai mici. Numărul bebelușilor din creșe a crescut cu 45% în anii 1980.[15]
- Dovezile sugerează clar că incidența abuzurilor fizice și sexuale asupra copiilor a crescut semnificativ în ultimii 25 de ani.[16]

Care sunt efectele psihologice ale schimbărilor modului de creștere a copiilor — atât asupra copiilor, cât și asupra părinților? Deși multe dintre aceste schimbări (cum ar fi familiile mixte) sunt prea noi pentru a face subiectul unor studii intensive pe termen lung, psihiatrii și experții în dezvoltare sunt de acord că dezvoltarea copiilor în medii marcate de tulburări, instabilitate sau abuz prezintă un risc mai mare de apariție a unor probleme emoționale și mentale la adolescență și maturitate. Mai mult, există un rism mai mare ca părinții din asemenea medii să sufere de stres, vinovăție, depresie, stimă de sine scăzută — toate caracteristici asociate cu TPB.

ABUZUL ȘI NEGLIJAREA COPILULUI: DISTRUGĂTORII ÎNCREDERII

Abuzul și neglijarea copilului au devenit probleme de sănătate semnificative. În 2007, circa 5,8 milioane de copii erau implicați în 3,2 milioane de rapoarte și

---

[15] Edward F. Zigler, „A Solution to the Nation's Child Care Crisis", lucrare prezentată la National Health Policy Forum, Washington, DC (1987): 1.

[16] U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families, *Child Maltreatment 2003: Summary of Key Findings*: 4–34.

acuzații de abuz al copilului, în Statele Unite.[17] Unele studii estimează că 25% dintre fete trec printr-o formă de abuz sexual (din partea părinților sau a altora) înainte să ajungă la maturitate.[18]

Printre caracteristicile preşcolarilor abuzați fizic se numără inhibiția, depresia, dificultăți de ataşament, probleme de comportament (cum ar fi hiperactivitatea şi crize temperamentale severe), un slab control al impulsului, al agresivității şi probleme în relaționarea cu cei de-o vârstă cu ei.

„Violența naşte violență", spunea John Lennon, iar acest lucru este în mod deosebit adevărat în cazul copiilor bătuți. Întrucât cei care sunt abuzați devin adesea abuzatori, la rândul lor, această problemă se poate perpetua timp de multe decenii şi generații. De fapt, circa 30% dintre copiii abuzați şi neglijați îşi vor abuza mai târziu, la rândul lor, propriii copii, continuând cercul vicios.[19]

Incidența abuzului sau neglijenței printre persoanele borderline este suficient de mare pentru a constitui un factor care departajează TPB de alte tulburări de personalitate. Abuzul verbal sau psihologic este forma cea mai întâlnită, urmată de abuzul fizic şi apoi de cel sexual. Abuzul fizic şi cel sexual pot avea o natură mai dramatică, dar copilul abuzat emoțional poate suferi o pierdere totală a stimei de sine.

Abuzul emoțional al copilului poate lua mai multe forme:

---

17 U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children, Youth, and Families, *Child Maltreatment 2007* (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2009): 24.

18 Judith L. Herman, *Father-Daughter Incest* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981).

19 National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect, Washington, DC, 2005.

- Denigrarea — devalorizarea constantă a realizărilor copilului şi amplificarea greşelilor. După o vreme, copilul devine convins că este realmente rău sau fără nicio valoare.
- Lipsa de disponibilitate — părinţii absenţi psihologic nu manifestă interes pentru dezvoltarea copilului şi nu-i oferă afecţiune atunci când are nevoie.
- Dominarea — folosirea unor ameninţări extreme pentru controlarea comportamentului copilului. Unii experţi în dezvoltarea copilului au comparat această formă de abuz cu tehnicile utilizate de terorişti pentru a le spăla creierele prizonierilor.[20]

Amintiţi-vă din povestea Lisei că ea suferise, probabil, toate aceste forme de abuz emoţional: tatăl ei îi trântea mereu că nu era „suficient de bună"; mama ei îi lua rareori apărarea, lăsând aproape întotdeauna toate deciziile importante în seama soţului ei; iar Lisa percepuse numeroasele mutări ale familiei drept „răpiri".

Tiparul copilului neglijat, aşa cum a fost descris de psihologul Hugh Missildine, reflectă dilemele persoanelor borderline de mai târziu:

> Dacă ai suferit de neglijare în copilărie, acest lucru te face să treci de la o persoană la alta, în speranţa că cineva îţi va oferi ceea ce lipseşte. Este posibil să nu-ţi prea pese de tine şi să crezi că mariajul va pune capăt acestui lucru, pentru ca apoi să te trezeşti în situaţia alarmantă că eşti căsătorit, dar detaşat emoţional... Mai mult, persoana care a fost neglijată în trecutul său este întotdeauna neliniştită şi anxioasă

---

[20] Susan Jacoby, „Emotional Child Abuse: The Invisible Plague", *Glamour* (October 1984); Edna J. Hunter, citată în *USA Today* (august 1985): 11.

pentru că nu poate obține satisfacție emoțională... Aceste mișcări impulsive, neliniștite ajută la crearea iluziei trăirii emoționale... O asemenea persoană, de pildă, poate fi logodită cu cineva și, în același timp, să întrețină relații sexuale cu alte două sau trei persoane. Oricine le oferă admirație și respect îi atrage — și întrucât nevoia lor de afecțiune este atât de mare, capacitatea lor de a face diferențe este grav afectată.[21]

Din câte înțelegem din rădăcinile TPB (vezi Capitolul 3), abuzul, neglijarea sau despărțirile prelungite din copilăria timpurie pot perturba grav formarea încrederii copilului. Stima de sine și autonomia sunt schilodite. Capacitatea de a face față separării și de formare a identității nu se dezvoltă normal. Pe măsură ce devin adulți, copiii abuzați pot repeta relațiile frustrante cu alții. Durerea și pedeapsa pot deveni asociate cu apropierea — ei ajung să creadă că „iubirea doare". Pe măsură ce persoana borderline se maturizează, automutilarea poate deveni substitutul părintelui abuziv.

COPIII DIVORȚULUI: TATĂL CARE DISPARE

Acum, din cauza divorțurilor, în principal, mai mulți copii ca niciodată sunt crescuți fără prezența fizică și/sau emoțională a tatălui. Întrucât majoritatea tribunalelor acordă mamelor custodia copiilor, marea majoritate a căminelor cu un singur părinte sunt conduse de mame. Chiar și în situația custodiei comune sau a drepturilor de vizită liberă, tatăl, care are o probabilitate mai mare să se recăsătorească mai repede după divorț și să-și întemeieze o nouă familie, adesea nu este prezent la creșterea copilului.

---

[21] W. Hugh Missildine, *Your Inner Child of the Past* (New York: Simon & Schuster, 1963).

Tendința recentă în creşterea copiilor este către o împărțire mai egală a responsabilităților parentale între mamă şi tată, ceea ce face divorțul şi mai supărător pentru copil. În mod clar, copiii beneficiază în urma parentajului dual, dar, totodată, ei pierd mai mult când mariajul se dizolvă, mai ales dacă despărțirea se produce în anii de formare, când copilul încă are de trecut multe stadii importante de dezvoltare.

Studiile asupra efectelor divorțului raportează ca tipice la copiii de vârstă preşcolară o supărare profundă, o stare de nevoie emoțională, regresie şi o anxietate de separare acută, legată de frica de abandon.[22] Un număr semnificativ de copii devin deprimați[23] sau antisociali în stadiile ulterioare ale copilăriei.[24] Într-adevăr, adolescenții ce trăiesc în familii monoparentale nu numai că au o probabilitate mai mare de comitere a suicidului, ci au şi mai multe şanse să sufere de tulburări psihologice în comparație cu adolescenții din familii intacte.[25]

În timpul separării şi al divorțului, nevoia de intimitate fizică a copilului creşte. De exemplu, este tipic ca un copil să-i ceară unui părinte să doarmă cu el în perioada separării. Dacă acest lucru continuă şi dormitul în acelaşi pat devine şi nevoia părintelui, sentimentul de autonomie şi integritate corporală al copilului poate fi amenințat. Acest lucru împreună cu singurătatea şi rana

---

[22] Judith Wallerstein şi J. B. Kelly, „The Effect of Parental Divorce: Experiences of the Preschool Child", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 14 (1975): 600–616.

[23] *Ibid.*

[24] M. Hetherington, „Children and Divorce", în *Parent-Child Interaction: Theory, Research, and Prospect*, coord. R. Henderson, *Psychiatric Opinion* 11 (1982): 6–15.

[25] David A. Brent et al., „Post-Traumatic Stress Disorders in Peers of Adolescent Suicide Victims: Predisposing Factors and Phenomenology", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (1995): 209–215.

narcisică gravă provocată de divorț pun unii copii sub risc sever de oprire din dezvoltare sau, dacă nevoia de afecțiune și liniștire devine disperată, sub riscul de abuz sexual. Un tată plecat de acasă poate pretinde mai mult timp cu copilul pentru a-și alina propriile sentimente de privațiune și singurătate. Dacă copilul devine declanșatorul resentimentelor și amărăciunii tatălui său, riscul de a fi abuzat crește, din nou, foarte mult.

În multe situații de separare parentală, copilul devine un pion în lupta distructivă dintre părinți. David, un tată divorțat, care de obicei își ignora dreptul de vizitare, a pretins brusc ca fiica lui să rămână la el ori de câte ori el se înfuria pe mama ei. Aceste vizite erau, de regulă, neplăcute atât pentru copil, cât și pentru tată și noua lui familie, dar totuși erau folosite ca o pedeapsă pentru fosta lui soție, care se simțea vinovată și neputincioasă în fața cererilor lui. Bobby a fost prins la mijloc în conflictul dintre părinții săi divorțați când mama lui îl dădea periodic în judecată pe tată pentru pensia alimentară. Mituirea prin cadouri sau amenințările cu sistarea ajutorului pentru școală și întreținerea casei sunt arme obișnuite folosite între părinții aflați în război permanent; adesea mita și amenințările îi sunt mai dăunătoare copilului decât părinților.

Copiii pot fi chiar târâți prin procese și obligați să depună mărturie despre părinții lor. În aceste situații, nici părinții, nici tribunalele, nici organizațiile de asistență socială nu pot proteja copilul, care deseori rămâne cu un sentiment de neputință copleșitoare (conflictele continuă, în ciuda depoziției lui) sau de putere amețitoare (mărturia lui controlează lupta dintre părinți). Poate fi furios în mărturia lui și totuși înfricoșat că ar putea fi abandonat de toți. Toate acestea devin teren fertil pentru dezvoltarea patologiei borderline.

Pe lângă divorţ, şi alte forţe sociale au contribuit la „sindromul tatălui absent". Ultima jumătate a secolului trecut a fost martora maturizării copiilor a mii de veterani de război — al Doilea Război Mondial, războaiele din Coreea, Vietnam, Golful Persic, Irak —, ca să nu mai vorbim de numeroşii supravieţuitori ai lagărelor de prizonieri şi de concentrare. Nu numai că mulţi dintre aceşti taţi au fost absenţi perioade semnificative din dezvoltarea copiilor lor, dar mulţi dintre ei au suferit de stres posttraumatic şi doliu întârziat („jale blocată") legate de război, care, la rândul lor, au influenţat dezvoltarea copilului.[26] Până în 1970, 40% dintre veteranii din al Doilea Război Mondial şi din războiul din Coreea muriseră de moarte violentă prin sinucidere, omucidere sau accident autoprovocat (majoritatea accidente auto cu o singură maşină şi un singur ocupant al acesteia).[27] Aceeaşi tendinţă a continuat şi la veteranii războiului din Irak. Conform cifrelor armatei americane, cinci soldaţi au încercat să se sinucidă pe zi în 2007, comparativ cu mai puţin de unul pe zi înainte de război.[28] Copiii victimelor Holocaustului au adesea dificultăţi emoţionale severe, ce-şi au originea în traumele psihice majore ale părinţilor lor.[29]

Sindromul tatălui absent poate conduce la consecinţe patologice. Adesea, în familiile sfâşiate de divorţ sau moarte mama încearcă să compenseze devenind

---

[26] Chaim F. Shatan, „Through the Membrane of Reality: Impacted Grief and Perceptual Dissonance in Vietnam Combat Veterans", *Psychiatric Opinion* 11 (1982): 6–15.

[27] Chaim F. Shatan, „The Tattered Ego of Survivors", *Psychiatric Annals* 12 (1982): 1031–1038.

[28] „Concern Mounts Over Rising Troop Suicides", CNN.com, 3 februarie 2008, www.cnn.com/2008/US/02/01/military.suicides (accesat pe 18 august 2009).

[29] Chaim F. Shatan, „War Babies", *American Journal of Orthopsychiatry* 45 (1975): 289.

părintele ideal, ocupându-se de fiecare aspect al vieții copilului ei; acesta, bineînțeles, are oportunități limitate de dezvoltare a propriei sale identități. Fără intermedierea altui părinte, legătura mamă–copil poate fi prea apropiată pentru a permite o separare sănătoasă.

Deşi mama încearcă adesea să înlocuiască lipsa tatălui, în multe cazuri copilul este cel care încearcă să-l înlocuiască pe tatăl absent. În absența tatălui, intensitatea simbiotică a legăturii cu mama este amplificată foarte mult. Copilul creşte cu o viziune idealizată asupra mamei şi cu fantasma de a încerca mereu s-o mulțumească. Iar dependența părintelui de copil poate persista, perturbându-i creşterea şi individuarea, sădind semințele TPB.

PRACTICI PERMISIVE DE CREŞTERE A COPILULUI

Practicile permisive moderne de creştere a copilului, implicând transferul funcțiilor parentale tradiționale unor instituții exterioare — şcoala, mass-media, industria —, au modificat semnificativ calitatea relației părinte–copil. „Instinctul" parental a fost înlocuit cu apelul la cărți şi experți în creşterea copilului. În multe case, creşterea copiilor ocupă un loc secund, după cerințele unor duble cariere. „Timp de calitate" devine un eufemism, din vinovăție, pentru „timp insuficient".

Mulți părinți supracompensează acordând o atenție exagerată nevoilor practice şi recreaționale ale copilului, fără să-i ofere însă prea multă căldură adevărată. Părinții narcisici îşi percep copiii drept propriile lor extensii sau ca pe obiecte/posesiuni, în loc să-i vadă ca pe ființe umane separate. Ca urmare, copilul se sufocă în atenția distantă emoțional, ceea ce conduce la un sentiment exagerat al propriei importanțe, apărări regresive şi pierderea sentimentului de sine.

Ne mişcăm mai mult ca niciodată. O mobilitate geografică mai mare îi poate aduce unui copil beneficii educaţionale şi schimburi culturale bogate, dar numeroasele mutări sunt deseori însoţite de sentimentul de dezrădăcinare. Unii cercetători au descoperit că acei copii care se mută frecvent şi stau într-un singur loc doar perioade scurte dau adesea răspunsuri confuze sau nu răspund deloc la întrebarea simplă: „Unde este casa ta?".

Întrucât hipermobilitatea este corelată, de obicei, cu un stil de viaţă orientat spre carieră şi cerinţele slujbei, unul sau ambii părinţi din familiile mobile tind să lucreze ore suplimentare, având astfel o disponibilitate mai mică pentru copii. Având puţine constante suficiente în mediul său pentru a îngreuna dezvoltarea, mobilitatea adaugă o altă forţă perturbatoare — lumea se transformă într-o menajerie de locuri şi figuri schimbătoare. Asemenea copii pot creşte plictisiţi şi singuratici, căutând o stimulare permanentă. Obligaţi mereu să se adapteze unor noi situaţii şi oameni, ei îşi pot pierde sentimentul stabil de sine încurajat de ancorele unei comunităţi sigure. Deşi graţioşi social, ei simt adesea, asemenea Lisei, că se prefac cu graţie.

Odată cu creşterea mobilităţii geografice, slăbeşte stabilitatea vecinătăţii, sistemelor de comunitate şcolară, bisericii, instituţiilor civile şi a prieteniilor. Afilierile tradiţionale sunt pierdute. Circa 44% dintre americani îşi afirmă afinitatea faţă de o biserică diferită de cea în tradiţia căreia au fost crescuţi.[30] Generaţiile devin separate de distanţele lungi, iar familia extinsă, cu susţinerea sa

[30] „Faith in Flux: Changes in Religious Affiliation in the U.S.", Pew Forum on Religion and Public Life, 27 aprilie 2009, http://pewforum.org/Faith -in-Flux.aspx (accesat pe 7 iulie 2010).

emoțională şi ajutorul în creşterea copiilor, este pierdută. Copiii sunt crescuți fără să-şi cunoască bunicii, mătuşile, unchii şi verii, pierzând o legătură solidă cu trecutul şi o sursă de dragoste şi căldură care să le ocrotească creşterea emoțională sănătoasă.

APARIȚIA FAMILIEI ARTIFICIALE

Într-o societate fragmentată, cu mariaje dizolvate şi familii destrămate, nu este o coincidență faptul că în acest deceniu a apărut „familia artificială" sau comunitatea virtuală, ca înlocuitor al comunităților reale din trecut. Această tânjire după afilierea la „trib" se manifestă în diverse moduri: pasionații de fotbal american se definesc pe ei înşişi drept „Raider Nation"; 30 de milioane de oameni aşteaptă cu orele în fiecare săptămână să voteze cu preferatul lor de la American Idol doar pentru a face parte dintr-un grup mai larg ce are un scop „comun"; milioane de tineri se înscriu pe Facebook şi MySpace pentru a fi membrii unei vaste rețele de socializare electronice. Acum 50 de ani, în romanul său *Leagănul pisicii*, Kurt Vonnegut numeşte cu umor (dar profetic) aceste „legături" drept un *gargalon* — un grup de oameni care aleg sau pretind că aleg o identitate comună sau o țintă comună, dar a căror asociere mutuală este de fapt lipsită de semnificație. Autorul a oferit două exemple, *Fiicele Revoluției Americane* şi *Compania de Electricitate*; dacă Vonnegut şi-ar fi scris romanul în zilele noastre, exemplele ar fi putut fi cu uşurință Facebook sau Twitter.

Din 2003, site-urile rețelelor de socializare au explodat de la o activitate de nişă la un fenomen care implică zeci de milioane de utilizatori ai internetului. Peste jumătate (55%) din toți tinerii americani înscrişi online cu vârste între 12 şi 17 ani folosesc rețele de socializare

precum Facebook şi MySpace.[31] Dovezile iniţiale sugerează că adolescenţii folosesc aceste site-uri în principal pentru a comunica, pentru a păstra legătura, pentru a-şi face planuri cu prietenii şi pentru a-şi face noi prieteni. Însă motivaţia s-ar putea să nu fie aşa de „pură". De pildă, un studiu din 2007 realizat de Microsoft (care ar trebui să ştie câte ceva despre acest subiect) a găsit că „orgoliul" este cel mai larg răspândit motiv de participare: oamenii contribuie pentru „a-şi creşte capitalul social, intelectual şi cultural".[32]

Twitter, „ultimul răcnet" electronic al naţiunii (artificiale), îşi expune fără jenă tendinţa narcisică. Fiind un soi de serviciu de mesaje text instantanee, „twittereala" are ca intenţie să anunţe (prin 140 de semne sau mai puţin) un grup de „adepţi" „ce fac eu". Nici nu se pretinde măcar că s-ar intenţiona o comunicare bilaterală.

Puţini ar nega creşterea narcisismului în cultura americană. Dovedit iniţial de articolul emblematic „The Me Decade", din 1976, al lui Tom Wolfe şi de cartea lui Christopher Lasch *Culture of Narcissism*, din 1978, impulsul narcisic a fost demonstrat de atunci de o largă serie de tendinţe culturale: emisiuni TV care-şi transformă participanţii de duzină în vedete la minut celebre doar pentru faptul că sunt celebre; explozia chirurgiei estetice şi transformarea ei într-o industrie în plin avânt; parentajul indulgent; adorarea celebrităţii; râvna de bogăţii

---

31 Amanda Lenhart şi Mary Madden, „Social Networking Websites and Teens", Pew Internet and American Life Project, 7 ianuarie 2007, www.pewinternet.org/Reports/2007/Social-Networking-Websites-and-Teens .aspx (accesată pe 2 septembrie, 2009).

32 Robin Hamman, „Blogging4business: Social Networking and Brands", Cybersoc.com, 4 aprilie 2007, www.cybersoc.com/2007/04/blogging4 busine.html (accesată pe 14 septembrie 2009): lucrare predată pe 4 aprilie 2007, rezumând descoperirile Microsoft.

materiale, iar acum, rețelele sociale ce-ți creează propriul grup de prieteni artificiali. După cum notau Jean M. Twenge şi W. Keith Campbell în *The Narcissism Epidemic* (2009): „Internetul a adus o tehnologie utilă, dar şi posibilitatea faimei instantanee şi a mentalității de tip «priveşte-mă!»... Oamenii se chinuie să-şi creeze un «brand personal» (numit şi «autobranding»), împachetându-se pe ei înşişi ca pe un produs de vânzare."[33]

Dat fiind că e un fenomen recent, este prea devreme să ştim dacă media socială este o fază trecătoare sau o inovație tehnologică transformatoare, deşi se poate spune cu destulă siguranță că cercetătorii şi clinicienii ar trebui să fie foarte atenți la efectul său psihologic general, ca să nu mai vorbim despre potențialul pericol fizic inerent, în special pentru tineri.

---

[33] Jean M. Twenge şi W. Keith Campbell, *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement* (New York: Free Press, 2009): 1–4.

COMUNICAREA CU UN BORDERLINE

> Bun... Ce vrei să spun? Vrei să zic că e nostim, ca tu să mă contrazici şi să zici că e trist? Sau vrei să spun că e trist, pentru ca tu să te întorci şi să zici nu, e nostim. Poţi juca micul tău joc nenorocit cum vrei, să ştii!
>
> (din *Cui i-e frică de Virginia Woolf?*, de Edward Albee)

Persoana borderline îşi schimbă personalitatea ca un caleidoscop rotativ, rearanjându-şi cioburile propriei fiinţe în forme diferite — fiecare colaj fiind diferit şi totuşi fiecare fiind tot ea. Asemenea unui cameleon, persoana borderline ia orice formă pe care şi-o imaginează ca fiind pe placul privitorului.

Confruntarea cu comportamentul borderline poate fi frustrantă pentru oricine se află în contact sistematic cu personalitatea borderline, pentru că, după cum am văzut, exploziile sale de furie, schimbările bruşte de dispoziţie, suspiciunile, acţiunile impulsive, izbucnirile imprevizibile, acţiunile autodistructive şi comunicarea contradictorie este de înţeles că sunt deranjante pentru toţi din jur.

În acest capitol vom descrie o metodă coerentă, structurată, de comunicare cu persoanele borderline — sistemul SET-UP[1] — care poate fi uşor de înţeles şi adoptat de către familii, prieteni şi terapeuţi pentru uzul zilnic şi care poate convinge un borderline să ia în considerare tratamentul (vezi Capitolul 7).

Sistemul SET-UP a fost creat sub forma unui cadru structurat de comunicare cu persoana borderline aflată în criză. În timpul unor asemenea perioade, comunicarea cu un borderline este împiedicată de câmpul lui intern de forţă impenetrabil şi haotic, caracterizat de trei stări emoţionale majore: singurătate terifiantă, sentimentul că nu este înţeles şi neputinţă copleşitoare.

Ca urmare, indivizii vizaţi sunt deseori incapabili să gândească în mod calm în prezenţa unui borderline, fiind obligaţi să se confrunte cu izbucnirile de furie paroxistică, distructivitatea impulsivă, ameninţările sau gesturile de autorănire şi pretenţiile nerezonabile de îngrijire. Răspunsurile SET-UP pot ajuta la abordarea fricilor subiacente, la diluarea exploziei borderline şi la prevenirea unei „topiri atomice" într-un conflict mai mare.

Deşi SET-UP a fost creat pentru persoanele borderline aflate în criză, el poate fi folosit şi pentru altele, care necesită o comunicare concisă şi congruentă chiar dacă nu sunt în criză.

COMUNICAREA SET

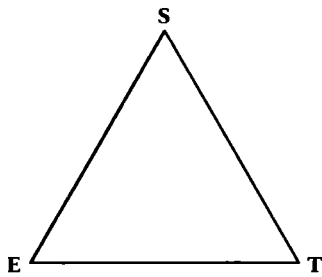
„SET" — *Support, Empathy, Truth* (*Sprijin, Empatie, Adevăr*) — este un sistem de comunicare tripartit (*vezi Figura 5-1*). În timpul confruntării cu comportamente

---

[1] S-a preferat menţinerea acronimului în limba engleză, acesta având tocmai semnificaţia de structură, organizare, sistem. (*N. red.*)

distructive, al şedinţelor de luare a deciziilor importante sau al altor crize, interacţiunile cu un borderline trebuie să invoce toate cele trei elemente. UP vine de la *Understanding* (*Înţelegere*) şi *Perseverance* (*Perseverenţă*) — scopurile pe care toate cele trei părţi încearcă să le atingă.

Figura 5-1



Etapa S a acestui sistem, *Sprijin*, apelează la afirmarea îngrijorării personale, la persoana întâi, de tip „Eu". „Sunt sincer îngrijorat în legătură cu ce simţi" este un exemplu de afirmaţie de tip *Sprijin*. Accentul este pus pe sentimentele vorbitorului şi, în esenţă, este un angajament personal de a încerca să fii de ajutor.

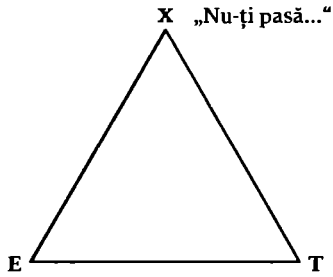
Prin segmentul *Empatie* se încearcă recunoaşterea emoţiilor haotice ale persoanei borderline printr-o afirmaţie de tip „Tu": „Cât de îngrozitor trebuie să te simţi". Este important să nu confundaţi empatia cu simpatia („îmi pare rău pentru tine..."), care poate stârni furia contra unei condescendenţe percepute. De asemenea, *Empatia* ar trebui să fie exprimată într-un mod neutru, cu referiri minime la sentimentele vorbitorului. Aici accentul cade pe experienţa dureroasă a persoanei borderline, nu pe cea a vorbitorului. O afirmaţie ca „ştiu cât de rău te simţi" invită la replica batjocoritoare că, de fapt, nu ştii, ceea ce nu face decât să agraveze conflictul.

Afirmația T, reprezentând *Adevărul* sau realitatea, subliniază că persoana borderline este, în ultimă instanță, responsabilă pentru viața ei și că încercările de ajutor ale celorlalți nu pot înlocui această responsabilitate primară. În timp ce afirmațiile *Sprijin* și *Empatie* sunt subiective, confirmând cum se simt vorbitorii, afirmațiile *Adevăr* recunosc că există o problemă și abordează chestiunea practică, obiectivă, a ceea ce poate fi făcut pentru soluționarea ei. Alte expresii caracteristice fazei *Adevăr* se referă la acțiuni pe care vorbitorul se simte constrâns să le întreprindă ca răspuns la comportamentele persoanei borderline și care ar trebui formulate într-un mod neutru, faptic („uite ce s-a întâmplat... Acestea sunt consecințele... Asta este ceea ce pot să fac... Ce ai de gând să faci?"). Dar ele trebuie spuse într-un mod care să evite blamarea și pedepsirea sadică („în frumoasă harababură ne-ai băgat!", „dormi așa cum ți-ai așternut!"). Partea *Adevăr* a sistemului SET este cea mai importantă și cel mai dificil de acceptat pentru un borderline, de veme ce consecințele realiste sunt excluse într-o proporție atât de mare din lumea sa.

Comunicarea cu un borderline ar trebui să încerce să conțină toate cele trei mesaje. Totuși, chiar dacă sunt afirmate toate trei, este posibil ca persoana borderline să nu le integreze pe toate. Când unul din aceste niveluri nu este afirmat în mod clar sau nu este „auzit", atunci apar răspunsuri previzibile.

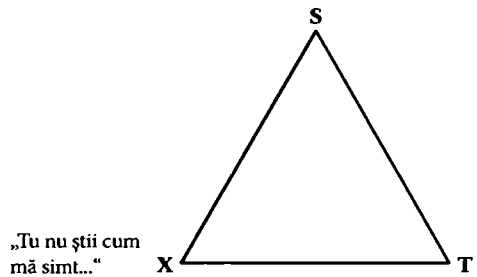
De exemplu, când stadiul *Sprijin* al acestui sistem este șuntat (*vezi Figura 5-2*), în mod caracteristic, persoana borderline îl acuză pe celălalt că nu are grijă de ea sau nu vrea să aibă de-a face cu ea. Apoi, persoana borderline tinde să continue schimbul de replici bazate pe faptul că celuilalt nu-i pasă de ea sau chiar vrea să-i facă rău. Acuzația persoanei borderline „nu-ți pasă de mine!" sugerează, de obicei, că afirmația *Sprijin* nu a fost integrată.

Figura 5-2



Incapacitatea de a comunica partea de *Empatie* a mesajului (*vezi Figura 5-3*) conduce la sentimentul că celălalt nu înțelege prin ce trece persoana borderline. („Nu ştii cum mă simt!“) Aici, persoana borderline îşi va justifica respingerea comunicării spunând că este neînțeleasă.

Figura 5-3

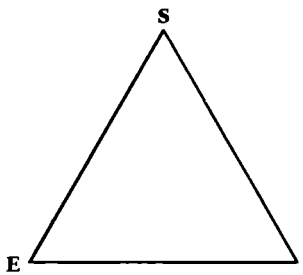


Cum celălalt nu-i poate aprecia durerea, răspunsul lui poate fi devalorizat. Când afirmațiile *Sprijin* sau *Empatie* nu sunt acceptate de către persoana borderline, tot ceea ce se comunică mai departe nu este auzit.

Când elementul *Adevăr* nu este exprimat clar (*vezi Figura 5-4*), apare o situație mai periculoasă. Persoana borderline interpretează acceptarea celuilalt în modurile cele mai confortabile pentru nevoile sale, de obicei ca pe o confirmare că ceilalți pot fi realmente responsabili

pentru ea sau că propriile sale percepții sunt împărtășite și sprijinite în mod universal. Fuziunea fragilă a persoanei borderline cu acești ceilalți oameni se dezintegrează în cele din urmă, când relația nu mai poate susține greutatea așteptărilor sale nerealiste. Fără o afirmare clară a *Adevărului* și fără confruntare, persoana borderline continuă să fie într-o relație extrem de încâlcită cu ceilalți. Având nevoile gratificate, persoana borderline va insista că totul este bine sau măcar că lucrurile se vor îmbunătăți. Într-adevăr, dovada acestei încâlceli este adesea o absență temporară izbitoare a conflictului; persoana borderline va manifesta mai puțină ostilitate și furie. Însă când așteptările sale nerealiste vor fi frustrate în cele din urmă, relația se va prăbuși într-un vârtej cumplit de furie și dezamăgire.

Figura 5-4



DILEMELE BORDERLINE

Principiile SET-UP pot fi folosite în diferite contexte în încercarea de dezamorsare a unor situații instabile. Urmează câteva situații dificile tipice unui borderline în care poate fi folosită strategia SET.

Confuzia borderline are adesea ca rezultat mesaje contradictorii către ceilalți. În mod frecvent, persoana borderline va comunica o poziție prin cuvinte, dar va exprima un mesaj contrar prin comportament. Deşi persoana borderline poate să nu fie conştientă de această dilemă, ea plasează adesea un prieten sau o relație într-o situație perdantă, în care celălalt este condamnat orice ar face.

Cazul 1: Gloria şi Alex. Gloria îi spune soțului ei Alex că se simte nenorocită şi deprimată. Spune că plănuieşte să se sinucidă, dar că îi interzice să ceară ajutor pentru ea.

În această situație, Alex se confruntă cu două mesaje contradictorii. (1) Mesajul deschis al Gloriei, care afirmă în esență: „Dacă ții la mine, îmi vei respecta dorințele şi nu vei trece peste autonomia mea de a-mi controla destinul şi chiar de a muri dacă aşa aleg"; (2) mesajul contrar, transmis prin însuşi actul de a-şi anunța intențiile, care spune: „Pentru numele lui Dumnezeu, dacă ții la mine, ajută-mă, nu mă lăsa să mor".

Dacă Alex ignoră afirmațiile Gloriei, ea îl va acuza că a fost rece şi nepăsător. Dacă el încearcă să-i enumere motive pentru care n-ar trebui să se omoare, ea îl va frustra cu nesfârşite contraargumente şi îl va condamna, în ultimă instanță, că nu-i înțelege durerea cu adevărat. Dacă el cheamă poliția sau medicul, îi va fi respins cerințele, dovedindu-i astfel că nu poate avea încredere în el.

Întrucât Gloria nu se simte suficient de puternică încât să-şi asume responsabilitatea propriei vieți, aşteaptă de la Alex să-i ia această povară. Se simte copleşită şi neputincioasă în depresia ei. Trăgându-l pe Alex în această dramă, face din el un personaj în scenariul piesei ei cu final neaşteptat, lăsat să fie rezolvat nu de către ea, ci de către Alex. Se confruntă cu ambivalența sa în

privința sinuciderii, pasându-i lui responsabilitatea pentru soarta ei.

Mai mult, Gloria clivează părțile negative ale opțiunilor sale şi le proiectează pe Alex, păstrându-şi pentru ea partea pozitivă a ambivalenței. Indiferent cum răspunde Alex, el va fi criticat. Dacă nu intervine în mod activ, este nepăsător şi fără inimă, iar ea este „neînțeleasă în mod tragic". Dacă el încearcă să-i împiedice încercările de suicid, este dominator şi insensibil, în timp ce ea este privată de respectul de sine.

Oricum ar fi, Gloria se consideră o martiră neajutorată şi îndreptățită — o victimă care a fost privată de Alex să-şi atingă întreg potențialul. În ceea ce-l priveşte pe Alex, el este rău şi dacă o face, şi dacă nu o face!

Principiile SET-UP pot fi utile în confruntarea cu o situație dificilă precum aceasta. În mod ideal, răspunsurile lui Alex ar trebui să includă toate cele trei laturi ale triunghiului SET. Afirmația *S* a lui Alex ar trebui să fie o declarație a angajamentului său față de Gloria şi a dorinței lui de a o ajuta: „Sunt foarte îngrijorat de starea ta de rău şi vreau să te ajut, fiindcă te iubesc". Dacă perechea poate identifica zonele specifice de îngrijorare care se adaugă angoasei ei, el ar putea sugera soluții şi să-şi afirme disponibilitatea de a ajuta: „Cred că o parte din ce se întâmplă este legat de problemele pe care le-ai avut cu şeful tău. Hai să discutăm care ar fi variantele. Poate e nevoie să-ți ceri transferul. Sau, dacă slujba îți face atâtea probleme, vreau să ştii că pentru mine este în regulă dacă vrei să-ți dai demisia şi să-ți cauți altă slujbă".

Afirmația *E* ar trebui să încerce să transmită faptul că Alex este conştient de durerea actuală a Gloriei şi că înțelege cum asemenea circumstanțe extreme ar putea-o face să contemple ideea de a-şi pune capăt zilelor: „Presiunea în care ai stat în ultimele luni trebuie să fi devenit insuportabilă. Toată această agonie trebuie să

te fi adus la limită, până în punctul în care simți că efectiv nu mai poți".

Cea mai importantă parte a afirmației *T* a lui Alex ar trebui să identifice dilema sa de neconceput „rău şi dacă o face, şi dacă n-o face". Ar trebui, de asemenea, să încerce să clarifice ambivalența Gloriei în privința morții, recunoscând că pe lângă partea din ea care vrea să-şi sfârşească viața mai există o parte în ea care doreşte să fie salvată şi ajutată. Răspunsurile de tip *T* ale lui Alex ar putea fi ceva de genul: „Îmi dau seama cât de rău te simți şi că vrei să mori. Ştiu că ai spus că dacă mi-ar păsa câtuşi de puțin de tine, ar trebui să te las în pace. Dacă îmi pasă, cum aş putea să stau deoparte şi să văd cum te distrugi singură? Faptul că m-ai alertat în legătură cu planurile tale de sinucidere îmi spune că, oricât de mult ți-ai dori să mori, există şi o altă parte în tine care nu vrea să moară. Şi acestei părți simt că trebuie să-i răspund. Vreau să vii cu mine la un doctor care ne poate ajuta în această problemă".

În funcție de urgența situației, Alex ar trebui să insiste ca Gloria să fie evaluată psihiatric curând sau, dacă ea se află în pericol iminent, ar trebui s-o ducă la camera de gardă ori să cheme salvarea.

În acest punct critic, furia Gloriei poate fi exacerbată, întrucât îl învinuieşte pe Alex că o obligă să meargă la spital. Dar afirmațiile de tip *Adevăr* ar trebui să-i reamintească Gloriei că ea nu se află acolo din cauza a ceea ce a făcut Alex, ci din cauza a ceea ce a făcut ea — a amenințat că se sinucide. Persoana borderline are deseori nevoie să i se reamintească faptul că reacțiile celorlalți față de ea se bazează în primul rând pe ceea ce face *ea*, şi că *ea* este cea care trebuie să-şi asume responsabilitatea pentru consecințe, în loc să dea vina pe ceilalți pentru răspunsurile realiste la comportamentul ei.

După ce pericolul imediat a trecut, afirmațiile *T* ulterioare ar trebui să facă referire la tiparele neproductive

ale Gloriei de gestionare a stresului şi la nevoia de a dezvolta moduri mai eficiente de a-şi gestiona viaţa. Consideraţiile *Adevăr* trebuie să includă, de asemenea, felul în care comportamentele Gloriei şi ale lui Alex îi afectează pe fiecare în parte şi mariajul lor. În timp, ei vor putea crea, fie pe cont propriu, fie în cadrul terapiei, un sistem de a-şi răspunde unul altuia care le va satisface nevoile amândurora.

Acest tip de problemă este comună mai ales în familiile cu persoane borderline care manifestă comportamente autodistructive pronunţate. Adolescenţii delincvenţi sau suicidari, alcoolicii şi anorecticii îşi pot pune familiile în faţa unor dileme perdante similare. Ei rezistă în mod activ ajutorului, în timp ce se comportă autodistructiv într-un mod evident. De obicei, confruntarea directă ce precipită o criză este unicul mod de a ajuta. Unele grupuri, precum Alcoolicii Anonimi, recomandă situaţii de confruntare standardizate, în care familia, prietenii sau colegii de muncă, adesea împreună cu un consilier, îi aduc pacientului în faţă comportamentul său dependent şi îi cer să facă tratament.

Grupurile de „Dragoste Aspră" cred că grija adevărată obligă individul să se confrunte cu consecinţele comportamentelor sale, în loc să-l apere de ele. Grupurile de „Dragoste Aspră" ale părinţilor de adolescenţi, de pildă, pot insista ca un adolescent dependent de droguri ori să fie spitalizat, ori să i se interzică să mai vină acasă. Acest tip de abordare pune accentul pe elementul *Adevăr* din triunghiul SET, dar poate ignora segmentele *Sprijin* şi *Empatie*. De aceea, aceste sisteme pot avea doar un succes parţial cu un borderline, care poate să treacă prin schimbările la care îl obligă confruntările cu *Adevărul*; însă pe dedesubt, lipsa ocrotirii şi a încrederii oferite prin *Sprijin* şi *Empatie* îi blochează motivaţia pentru implicarea într-o schimbare de durată.

În mod tipic, persoanele borderline răspund la depresie, anxietate, frustrare sau furie cu şi mai multe straturi ale aceloraşi sentimente. Din cauza perfecţionismului persoanei borderline şi a tendinţei sale de a percepe lucrurile în extremele alb şi negru, ea încearcă să anihileze emoţiile neplăcute, în loc să le înţeleagă sau să le facă faţă. Când descoperă că nu poate şterge pur şi simplu aceste sentimente rele, devine mai frustrată şi vinovată. Cum a se simţi rău este inacceptabil, un borderline se simte rău că se simte rău. Când acest lucru îl face să se simtă şi mai rău, este prins într-o spirală în care pare să cadă la nesfârşit.

Unul dintre scopurile terapeuţilor şi ale altor oameni apropiaţi persoanei borderline este să spargă aceste straturi succesive pentru a localiza sentimentul iniţial şi s-o ajute să accepte că este o parte din ea însăşi. Persoana borderline trebuie să înveţe să-şi permită luxul emoţiilor „rele", fără critici, vinovăţie sau negare.

Cazul 2: Neil şi prietenii. Neil, un funcţionar bancar de 53 de ani, a avut episoade de depresie mai mult de jumătate din viaţa lui. Părinţii lui Neil au murit când era mic, iar el a fost crescut în principal de o soră mult mai mare, necăsătorită, care era rece şi extrem de critică. Era o religioasă habotnică, ce insista ca el să meargă zilnic la slujbele de la biserică şi îl acuza adesea de devieri păcătoase.

La maturitate, Neil a devenit un bărbat pasiv, dominat de soţia sa. Fusese educat să creadă că furia este inacceptabilă şi îşi nega orice sentiment de furie faţă de alţii. Era foarte conştiincios şi respectat la serviciu, dar nu primea deloc afecţiune din partea soţiei sale. Ea îi respingea avansurile sexuale, ceea ce îl frustra şi îl deprima. Iniţial, Neil se înfuria pe soţie din cauza respingerilor ei, apoi se

simțea vinovat şi se înfuria pe el că se înfuriase, iar apoi recădea în depresie. Acest proces s-a extins şi în alte zone ale vieții lui Neil. Oricând simțea emoții negative, îşi impunea să le pună capăt. Cum nu putea să-şi controleze sentimentele interioare, a devenit tot mai dezamăgit şi frustrat de sine. Depresia i s-a agravat.

Prietenii lui Neil au încercat să-l aline. I-au spus că sunt alături de el şi că îi stau la dispoziție oricând ar dori să vorbească. Au empatizat cu disconfortul lui la muncă şi cu problemele sale cu nevasta. I-au subliniat că „se simte rău pentru faptul că se simte rău" şi că ar trebui să se adune. Însă acest sfat nu l-a ajutat; de fapt, Neil s-a simțit şi mai rău, fiindcă acum credea că, peste toate cele, şi-a dezamăgit şi prietenii. Cu cât încerca mai mult să-şi oprească sentimentele negative, cu atât se simțea mai ratat şi cu atât se deprima mai tare.

Afirmațiile SET l-ar fi putut ajuta pe Neil să se confrunte cu dilema sa. Neil a primit mult *Sprijin* şi *Empatie* de la prietenii săi, dar mesajele lor *Adevăr* nu au fost utile. În loc să încerce să-şi şteargă emoțiile neplăcute (propunându-şi totul sau nimic), Neil trebuie să înțeleagă necesitatea acceptării lor ca reale şi adecvate, fără să le judece. În loc să adauge noi straturi de autocondamnare, care îi permit să continue să se bălăcească în mocirla „sărmanul de mine", el trebuie să se confrunte cu criticile şi să lucreze pentru schimbare.

Următoarele afirmații de tip *Adevăr* vor recunoaşte motivele comportamentului pasiv al lui Neil, comportamentele soției sale şi ale altora din viața lui. El trebuie să recunoască faptul că, într-o anumită măsură, se pune singur în poziția de a fi abuzat de alții. Deşi poate lucra pentru a schimba această situație în viitor, acum el trebuie să se confrunte cu felul cum se desfăşoară lucrurile în momentul de față. Asta înseamnă să-şi recunoască furia, să admită că are motive să fie furios şi că nu are altă

opțiune decât să-şi accepte furia, pentru că n-o poate face să dispară, cel puțin nu imediat. Deşi poate regreta prezența sentimentelor inacceptabile, el nu le poate schimba (o maximă similară celor folosite la Alcoolicii Anonimi). Acceptarea acestor sentimente incomode înseamnă acceptarea propriei persoane ca ființă umană imperfectă şi renunțarea la iluzia că poate controla factori incontrolabili. Dacă Neil îşi poate accepta furia, tristețea sau orice alt sentiment neplăcut, atunci fenomenul „mă simt rău că mă simt rău" va fi scurtcircuitat. Astfel, poate trece mai departe, la schimbarea altor aspecte ale vieții sale.

O mare parte din succesul din viața lui Neil s-a datorat faptului că s-a străduit mai mult: când te străduieşti mai mult să înveți, de obicei obții note mai mari. Când te străduieşti mai mult să exersezi, de obicei ai rezultate mai bune. Dar unele situații din viață necesită opusul. Cu cât strângi din dinți mai tare şi îți încleştezi pumnii în încercarea de a adormi, cu atât este mai probabil că vei rămâne treaz toată noaptea. Cu cât te străduieşti mai mult să te relaxezi, cu atât devii mai tensionat.

Persoana borderline prinsă în această dilemă se va elibera când se aşteaptă mai puțin — când se relaxează, devine mai puțin obsesivă şi pretențioasă față de sine, învățând să se accepte pe sine. Nu este o coincidență că persoana borderline care caută o relație de iubire sănătoasă o găseşte cel mai adesea atunci când este cel mai puțin disperată şi mai angajată în activități care o satisfac. Pentru că exact în acest moment este mai atrăgătoare pentru ceilalți şi mai puțin presată să se agațe de soluțiile imediate şi nerealiste împotriva singurătății.

ETERNA VICTIMĂ

Persoana borderline se implică frecvent în situații dificile în care devine victimă. Neil, de pildă, se consideră un

personaj neajutorat, căruia ceilalți îi fac ce vor. Cel mai adesea, persoana borderline nu este conştientă că propriul comportament este provocator sau periculos, sau că poate invita cumva la persecuție. Femeia care alege mereu bărbați care o abuzează nu este, de obicei, conştientă de tiparele pe care le repetă. Concepția clivată a unui borderline despre sine însuşi cuprinde o parte specială, îndreptățită, şi o altă parte furioasă, lipsită de valoare, care-şi merită pedeapsa în mod masochist, deşi el poate să nu fie conştient de o parte sau cealaltă. De fapt, un tipar al victimizării „invitate" este adesea un indiciu solid al patologiei TPB.

Deşi rolul de victimă este cel mai neplăcut, el poate fi totodată foarte atrăgător. Un om al nimănui neajutorat, năpăstuit de nedreptățile unei lumi nemiloase este foarte atrăgător pentru unii oameni. Combinația dintre neajutoratul năpăstuit şi cineva care simte puternic nevoia de a-i salva pe ceilalți şi de a avea grijă de ei satisface nevoile ambelor părți. Persoana borderline găseşte un „străin binevoitor", care-i promite o protecție totală şi completă. Iar partenerul îşi îndeplineşte propria dorință de a se simți puternic, protector, important şi necesar — de a fi cel care „o scapă de toate astea".

Cazul 3: Annette. Născută într-o familie săracă de culoare, Annette şi-a pierdut tatăl la o vârstă foarte fragedă, când el şi-a părăsit domiciliul. O serie de alți bărbați au ocupat pentru scurte perioade locul „tatălui" în casă. În cele din urmă, mama ei s-a recăsătorit, dar cel de-al doilea soț al ei era tot un beţivan chefliu. Când Annette avea în jur de opt ani, tatăl ei vitreg a început să le abuzeze sexual pe ea şi pe sora ei. Annettei îi era frică să-i spună mamei sale, care se bucura de relativa stabilitate financiară pe care o dobândise, în sfârşit, familia. Astfel, Annette a permis continuarea abuzului — *„de dragul mamei"*.

La vârsta de 17 ani, Annette a rămas însărcinată şi s-a căsătorit cu tatăl copilului ei. A reuşit să termine liceul, unde avusese note bune, în general, dar alte aspecte ale vieţii ei erau un haos: soţul ei bea şi umbla cu alte femei. După un timp, a început s-o bată. Ea a continuat să rămână însărcinată cu el, plângându-se şi îndurând — *„de dragul copiilor"*.

După şase ani şi trei copii, soţul Annettei a părăsit-o. Plecarea lui i-a produs un fel de uşurare anxioasă — nebunia se terminase, în sfârşit, dar o pândeau ameninţător îngrijorările cu privire la ce avea să facă după aceea.

Annette şi copiii au încercat să facă lucrurile să meargă, dar ea se simţea permanent copleşită. Apoi l-a cunoscut pe John, care era cu vreo 25 de ani mai mare (refuzase să-i spună exact ce vârstă are) şi care părea să aibă dorinţa autentică de a avea grijă de ea. El a devenit tatăl cel bun pe care Annette nu-l avusese niciodată. O încuraja şi o ocrotea. O sfătuia cum să se îmbrace şi cum să vorbească. După o vreme, Annette a devenit mai sigură pe ea, şi-a luat o slujbă bună şi a început să se bucure de viaţă. Câteva luni mai târziu, John s-a mutat la ea — oarecum. Stătea cu ea în weekenduri, dar dormea în altă parte în timpul săptămânii, din cauza sarcinilor de serviciu, care făceau să fie „mai convenabil să doarmă la birou".

În adâncul ei, Annette ştia că John era căsătorit, dar n-a întrebat niciodată. Când John a devenit mai puţin disponibil, fiind plecat pentru mai mult timp şi devenind, în general, mai detaşat, ea şi-a reţinut furia. Însă la serviciu această furie a ieşit la suprafaţă, fiindu-i refuzate multe promovări. Şefii ei spuneau că-i lipsesc diplomele de studii superioare pe care alţii le aveau şi că era aspră, dar Annette nu accepta aceste explicaţii.

Înfuriată, ea a atribuit respingerile discriminării rasiale. A devenit din ce în ce mai deprimată, internându-se până la urmă în spital.

În spital, sensibilitatea rasială a Annettei a explodat. Majoritatea doctorilor erau albi, ca şi majoritatea asistentelor şi a celorlalţi pacienţi. Decorul spitalului era „alb", iar mâncarea tot „albă". Toată furia adunată de-a lungul anilor era concentrată acum pe discriminarea negrilor de către societate. Concentrându-se exclusiv asupra acestei probleme globale, Annette îşi evita demonii personali.

Ţinta ei cea mai provocatoare era Harry, meloterapeut în cadrul spitalului. Annette era convinsă că Harry (care era alb) insista să folosească doar muzică „a albilor" şi că aspectul şi întreaga lui conduită întruchipau „esenţa rasei albe". Annette îşi vărsa furia pe acest terapeut, chiulind mânioasă de la şedinţele de meloterapie.

Deşi Harry era înspăimântat de izbucnirile ei, a căutat-o pe Annette. Afirmaţia lui *Sprijin* a reflectat îngrijorarea personală cu privire la progresele Annettei în cadrul programului din spital. Harry şi-a exprimat *Empatia* pentru Annette recunoscând cât de frustrant este să fii discriminat şi menţionând propriile experienţe de unic evreu în programul său educaţional. Apoi Harry a încercat să confrunte *Adevărul* sau realitatea, problemele din viaţa Annettei, subliniind că revolta contra discriminării rasiale era inutilă fără să se angajeze în efortul de a schimba ceva. Nevoia Annettei de a rămâne o victimă, spusese Harry, o împiedica să-şi asume vreo responsabilitate pentru ceea ce i s-a întâmplat în viaţă. Se simţea îndreptăţită să blesteme soarta în loc să-şi cerceteze cu curaj propriul rol în faptul că se lăsa în continuare folosită de alţii. Înfăşurându-se în vălul furiei justificate, Annette evita orice fel de autoexaminare sau confruntare înfricoşătoare care ar fi putut produce o schimbare, perpetuându-şi astfel neputinţa şi neajutorarea. Acest lucru o făcea incapabilă să aducă schimbări *„de dragul ei înseşi"*.

La următoarea şedinţă de meloterapie, Annette n-a mai chiulit. În schimb, şi-a susţinut opiniile în faţa lui

Harry şi a celorlalţi pacienţi. A sugerat folosirea altor cântece. La următoarea şedinţă, grupul a fost de acord să cânte câteva dintre cântecele de protest în apărarea drepturilor civile, alese de Annette.

Răspunsul lui Harry a ilustrat principiile SET-UP, care i-ar fi fost de folos şi şefului lui Annette, prietenilor ei şi tuturor celor care se confruntau frecvent cu izbucnirile ei de furie.

Comunicarea SET-UP poate elibera un borderline sau pe oricine este blocat într-un rol de victimă prin sublinierea avantajelor poziţiei de victimă (luarea în grijă de către alţii, lipsa oricărei vini pentru rezultatele proaste, neasumarea responsabilităţii) şi a dezavantajelor acestei poziţii (renunţarea la autonomie, menţinerea unei dependenţe supuse, rigiditate şi blocaj în faţa dilemelor vieţii). Însă „victima" borderline trebuie să audă toate cele trei părţi ale mesajului, altfel impactul mesajului va fi pierdut. Dacă *„Adevărul* eliberează", atunci *Sprijinul* şi *Empatia* trebuie să-l însoţească pentru ca el să fie auzit.

CĂUTAREA SENSULUI

O mare parte a comportamentului dramatic al persoanei borderline este legată de căutarea sa nesfârşită a ceva care să-i umple vidul interior ce o bântuie fără încetare. Relaţiile şi drogurile sunt două dintre mecanismele folosite de persoana borderline împotriva singurătăţii şi pentru găsirea unui sens al existenţei într-o lume pe care s-o simtă reală.

Cazul 4: Rich. „Presupun că pur şi simplu iubesc prea mult!", spunea Rich descriindu-şi problemele cu iubita. Era un bărbat de 30 de ani, divorţat, care avusese o serie de relaţii amoroase dezastruoase cu femeile. Se agăţase obsesiv de aceste femei, acoperindu-le cu daruri şi atenţie. Prin ele se simţea întreg, viu, împlinit. Dar le

cerea — ca şi tututor celorlalţi prieteni — supunere totală. În acest fel simţea că deţine controlul nu doar asupra lor, ci, mai important, asupra propriei sale existenţe.

Se supăra când aceste femei acţionau independent. Le linguşea, insista şi ameninţa. Pentru a suprima omniprezentul sentiment de vid interior, el încerca să-i controleze pe ceilalţi; dacă aceştia refuzau să se supună dorinţelor lui, Rich devenea grav deprimat şi îşi pierdea controlul. Recurgea la alcool şi droguri pentru a-şi recăpăta sensul existenţei sau autenticitatea. Uneori provoca bătăi sau se tăia atunci când se temea că pierde contactul cu senzaţiile sau emoţiile sale. Când furia şi durerea nu mai produceau modificări, se combina cu o altă femeie care îl percepea drept un „neînţeles" ce are nevoie doar de „iubirea unei femei de treabă". După care tot procesul se relua de la capăt.

Rich nu era conştient de dilema sa, insistând că întotdeauna era „vina scorpiei". Îşi alunga prietenii pe motiv că nu le păsa de el ori nu-l înţelegeau — aceştia nu erau capabili să-i transmită *Sprijin* sau *Empatie*. Femeile cu care intra în relaţie erau iniţial înţelegătoare, dar le lipsea componenta *Adevăr*. Rich avea nevoie să fie confruntat cu toate cele trei aspecte.

În această situaţie, mesajul *S* ar fi transmis grija pentru Rich. Partea *E* ar fi acceptat fără critici sentimentul lui Rich că „iubea prea mult", dar l-ar fi ajutat totodată să-şi înţeleagă şi sentimentul lui de vid interior, precum şi nevoia de a-l umple.

Mesajul *Adevăr* ar fi încercat să arate tiparele din viaţa lui Rich care păreau să se repete la nesfârşit. De asemenea, *Adevărul* l-ar fi ajutat pe Rich să vadă că foloseşte femeile la fel cum o făcea cu drogurile şi cu automutilarea — ca pe obiecte sau manevre de ameliorare a amorţelii şi pentru a se simţi întreg. Atâta vreme cât Rich continuă să caute în afara lui mulţumirea interioară, el

va rămâne frustrat şi dezamăgit, deoarece nu poate controla forţele exterioare, în special pe ceilalţi, aşa cum se poate controla pe sine. De pildă, în ciuda celor mai frenetice eforturi de a dirija o nouă iubită, aceasta îşi va păstra o anumită independenţă în afara zonei de control a lui Rich. Sau şi-ar putea pierde o nouă slujbă din cauza unor factori economici, care pot dicta desfiinţarea postului lui. Dar Rich îşi *poate* controla propria putere creatoare, curiozitatea intelectuală şi aşa mai departe. Interesele personale independente — cărţile, hobby-urile, artele, sporturile, gimnastica — pot fi surse de satisfacţie durabile şi de încredere, ce nu-i pot fi luate cu uşurinţă.

CĂUTAREA CONSTANŢEI

Pentru persoana borderline este o mare problemă adaptarea la o lume veşnic contradictorie şi în care nu se poate avea încredere. Universului persoanei borderline îi lipsesc tiparele şi predictabilitatea. Prietenii, slujbele şi abilităţile nu sunt niciodată de încredere. Persoana borderline trebuie să verifice mereu şi mereu toate aceste aspecte ale vieţii sale; trăieşte permanent cu teama că o persoană sau situaţie de încredere se va transforma în opusul său — trădarea absolută. Un erou devine un ticălos; slujba perfectă devine blestemul vieţii sale. Un borderline nu poate concepe că o constanţă a obiectului individuală sau situaţională poate fi de durată. El nu are lauri pe care să se poată culca. Cu fiecare zi trebuie să o ia de la capăt, încercând cu disperare să-şi dovedească sieşi că lumea poate fi de încredere. Doar pentru că soarele răsare de la răsărit de mii de ani nu înseamnă că se va întâmpla şi azi la fel. El trebuie s-o vadă cu ochii lui în fiecare zi.

Cazul 5: Pat şi Jake. Pat era o femeie atrăgătoare de 29 de ani aflată în proces de divorţ cu cel de-al doilea

soț. Ca și în cazul primului soț, și pe al doilea l-a acuzat că este alcoolic și o abuzează. Jake, avocatul său, a văzut în ea o victimă nefericită, care are nevoie de protecție. O suna frecvent ca să se asigure că este bine. Au început să ia prânzul împreună. Pe măsură ce cazul a avansat, au devenit amanți. Jake și-a părăsit casa, soția și cei doi băieți. Deși nu era încă divorțată, Pat s-a mutat cu el.

La început, Pat admira inteligența și profesionalismul lui Jake. Când ea se simțea slabă și fără apărare, el părea „mare și puternic". Dar cu trecerea timpului, a devenit tot mai pretențioasă. Câtă vreme Jake era protector, Pat torcea ca o pisicuță. Dar când el a început să emită pretenții, a devenit ostilă. Ura plecatul lui la muncă și mai ales lucrul la alte cazuri de divorț. Se opunea să-și viziteze copiii și îl acuza că îi preferă în detrimentul ei. Stârnea certuri brutale, care se terminau deseori prin plecarea ei precipitată din casă pentru a-și petrece noaptea la un „prieten platonic".

Lui Pat îi lipsea constanța obiectului (vezi Capitolul 2 și Anexa B). Prieteniile și relațiile de iubire trebuia verificate mereu, pentru că ea nu se simțea niciodată sigură de niciun contact uman. Nevoia ei de reasigurare era insațiabilă. Avusese nenumărate alte relații în care la început părea ingenuă și având nevoie de grija cuiva, pentru ca apoi să le testeze cu pretenții imposibile. Toate relațiile se terminau exact cu abandonul de care se temea, pentru ca apoi să ia totul de la capăt în următoarea relație romantică.

La început, când Pat l-a perceput pe Jake drept suportiv și liniștitor, ea a idealizat relația lor. Dar când el a început să dea semne de funcționare separată, s-a înfuriat cumplit, înjurându-l și denigrându-l. Când el era la birou, îl suna fără încetare pentru că, spunea ea, „îl uita". Pentru prietenii ei, Jake părea să aibă două identități complet diferite — pentru Pat exact așa era.

Confruntările de tip SET cu inconstanța obiectului necesită recunoaşterea acestei dileme borderline. Afirmațiile *Sprijin* trebuie să transmită că grija este constantă, necondiționată. Din păcate, pentru un borderline este dificil de înțeles că nu e nevoie să-şi câştige permanent acceptarea. El se teme în permanență că *Sprijinul* poate fi retras dacă displace în vreun moment. Astfel, încercările de reasigurare sunt nesfârşite şi niciodată de ajuns.

Mesajul *Empatie* ar trebui să confirme înțelegerea faptului că Pat n-a învățat încă să aibă încredere în încercările continue ale lui Jake de a-i asigura confortul. Jake trebuie să-i comunice lui Pat că este conştient de anxietățile cumplite pe care le trăieşte şi de cât de înspăimântător este pentru ea să fie singură.

Declarațiile *Adevăr* trebuie să cuprindă încercări de reconciliere a părților clivajului. Jake trebuie să-i explice că îi pasă tot timpul de Pat, chiar şi când e frustrat de ea. De asemenea, trebuie să-şi declare intenția de a nu permite să se abuzeze de el. Capitularea în fața pretențiilor lui Pat nu va duce decât la şi mai multe pretenții. Încercarea de a o mulțumi şi satisface pe Pat este o sarcină imposibilă, pentru că nu se termină niciodată — întotdeauna vor apărea noi nesiguranțe. Mesajul *Adevăr* va stipula, probabil, terapia continuă pentru amândoi dacă vor ca relația dintre ei să continue.

FURIA INOCENȚEI

Furia borderline este adesea cumplită prin imprevizibilitatea şi intensitatea ei. Poate fi declanşată de evenimente relativ neînsemnate şi poate exploda din senin. Poate fi îndreptată asupra oamenilor prețuiți înainte. Această furie este adesea însoțită de amenințarea cu violența. Toate aceste caracteristici diferențiază foarte mult furia borderline de furia obişnuită.

În anumite situații, Pat se poate transforma din femeia copilăroasă docilă și dependentă într-o harpie cu pretenții care urlă cât poate. La un moment dat, Pat i-a sugerat lui Jake să ia împreună prânzul în tăcere. Dar când Jake i-a spus că trebuie să se ducă la birou, a început brusc să strige la el de la câțiva centimetri distanță, acuzându-l că-i ignoră nevoile. L-a atacat cu răutate, luându-se de bărbăția, eșecurile ca soț și tată, și profesia lui. L-a amenințat că-l reclamă la barou pentru comportament lipsit de etică. Când încercările lui de a o calma au eșuat, Jake a părăsit scena pe tăcute, ceea ce a înfuriat-o și mai mult pe Pat. Dar când el s-a întors, amândoi s-au purtat ca și când nimic nu s-ar fi întâmplat.

Principiile SET-UP trebuie să abordeze mai întâi de toate problema siguranței. Volatilitatea trebuie conținută. În scenariul de mai sus, mesajele *Sprijin* și *Empatie* ale lui Jake trebuie să fie primele, deși probabil că Pat le va respinge ca nesincere. În asemenea cazuri este imprudent ca Jake să continue să argumenteze că îi pasă și înțelege că ea e supărată. El trebuie să treacă imediat la afirmațiile *Adevăr*, care trebuie să stipuleze în primul rând că niciunul dintre ei nu-l va răni fizic pe celălalt. El trebuie să-i spună cu fermitate să se îndepărteze, să permită o anumită distanță fizică. O poate informa de dorința lui de a comunica în mod calm cu ea. Dacă ea nu va permite acest lucru, el își poate declara intenția de a pleca până când se liniștește situația, pentru ca apoi, din acel moment, să poată relua discuțiile. El trebuie să încerce să evite conflictul fizic, în ciuda provocărilor lui Pat. Deși Pat poate dori inconștient ca Jake s-o înfrângă fizic, această nevoie se bazează pe experiențele ei nesănătoase din trecut, iar ulterior va folosi probabil incidentul pentru a-l critica și mai mult.

Afirmațiile *Adevăr* făcute în timpul confruntărilor furioase sunt adesea direcționate mai bine spre dinamicile

subiacente decât pe conținutul încleștării. Continuarea disputei dacă prânzul cu Pat este mai important decât mersul la birou va fi probabil neproductivă. Însă Jake poate aborda aparenta nevoie de ceartă a lui Pat şi posibila ei dorință de a fi învinsă şi rănită. De asemenea, el poate aduce în discuție comportamentul lui Pat, sugerând că e o nevoie de a fi respinsă. Se teme atât de mult de respingerea anticipată, încât o precipită pentru a „se termina odată"? Principalul mesaj *Adevăr* este că acest comportament îl îndepărtează pe Jake. El poate întreba dacă asta este ceea ce vrea Pat cu adevărat.

NEVOIA DE COERENȚĂ

Toate afirmațiile *Adevăr* trebuie să fie realmente adevărate. Pentru un borderline care trăieşte deja într-o lume a contradicțiilor este mult mai rău să facă amenințări nefondate legate de consecințele neaplicate ale unei acțiuni decât să permită pasiv continuarea unor comportamente inadecvate. În *Atracție fatală*, de pildă, Alex Forrest, personajul principal feminin al celebrului film din 1987 (jucat de Glenn Close), prezenta câteva trăsături borderline „ca la carte", dar extreme. Intrând într-o relație cu Dan Gallagher (Michael Douglas), un bărbat căsătorit bine situat, ea refuză să-l lase chiar şi după ce devine evident că Dan nu-şi va părăsi niciodată soția. Până la sfârşitul filmului, Dan, familia lui şi Alex sunt distruşi sau aproape de asta. Alex era obişnuită să se opună respingerii prin manipularea celorlalți. Pentru Dan a fost distructiv să spună că pune capăt relației, fără s-o şi pună în practică neechivoc. El nu ştia, bineînțeles, că după terminarea unei relații intense, pentru o persoană borderline

este imposibil să „rămână doar prieteni" — o relație „călduță" pe care un borderline o găsește intolerabilă.

Întrucât persoana borderline are dificultăți așa mari cu echivocul, intențiile trebuie dublate de acțiuni clare, previzibile. Un părinte care-și amenință odrasla adolescentă cu revocarea privilegiilor din cauza anumitor comportamente și care apoi nu-și pune în practică promisiunile exacerbează problema. Un terapeut care stabilește limitele terapiei — precizând tariful, limitând numărul apelurilor telefonice etc. —, dar apoi nu le respectă, invită persoana borderline să-i testeze limitele tot mai mult.

De multe ori, persoanele borderline sunt crescute în situații în care amenințările și acțiunile dramatice sunt singurele modalități de atingere a scopurilor urmărite. Așa cum persoana borderline consideră acceptarea ca fiind condiționată, la fel poate fi privită și respingerea. Un borderline crede că doar dacă este suficient de atrăgător, de inteligent, de bogat sau de pretențios va putea primi, în ultimă instanță, ceea ce dorește. Cu cât comportamentul excesiv este mai recompensat, cu atât persoana borderline va apela mai mult la asemenea manevre.

Deși principiile SET-UP au fost elaborate pentru lucrul cu pacienții borderline, ele pot fi utile și în cazul altora. Când comunicarea este blocată, SET-UP poate ajuta la focalizarea pe mesajele care nu sunt transmise cu succes. Dacă un individ simte că nu este sprijinit, respectat ori înțeles sau refuză să abordeze problemele în mod realist, pot fi făcuți pași specifici SET pentru a reîntări aceste zone sensibile. În lumea complexă de azi este necesar un set de principii de comunicare clare, care să includă atât iubire, cât și rațiune, pentru a depăși tribulațiile haosului borderline. Comunicarea productivă necesită *Înțelegere* și *Perseverență*. Înțelegerea dinamicii profunde a comunicării și a nevoilor partenerului reîntărește principiile SET. Perseverența este necesară pentru

implementarea schimbării. Pentru multe persoane borderline existența unei figuri consecvente şi calme în viața lor (vecin, prieten, terapeut) poate fi una dintre cele mai importante condiții pentru vindecare. O asemenea figură poate contribui cu foarte puțin în afară de consecvența şi acceptarea sa (în fața provocărilor frecvente), furnizând totodată persoanei borderline un model de constanță în lumea sa altfel haotică.

CUM SĂ TE DESCURCI CU O PERSOANĂ BORDERLINE

> Dar este o ființă umană şi i se întâmplă ceva cumplit. Trebuie să i se acorde atenție. Nu se poate să cadă în propriul mormânt ca un câine bătrân. Într-un târziu, trebuie să i se acorde atenție unei asemenea persoane.
>
> (Din *Moartea unui comis voiajor*, de Arthur Miller)

Nimeni nu prea ştia ce să facă cu Ray. Fusese internat de multe ori în spital, văzuse mulți doctori de-a lungul anilor, dar nu putea rămâne niciodată prea mult în tratament. Nici nu-şi putea păstra o slujbă. Soția sa Denise lucra în cabinetul unui stomatolog şi îşi petrecea majoritatea timpului liber cu prietenii ei, ignorând, în general, acuzele lui Ray de dureri în piept, dureri de cap, dureri de spate şi depresie.

Ray era unicul copil al unor părinți bogați şi protectori. Când avea nouă ani, fratele tatălui său s-a sinucis. Cu toate că nu şi-a cunoscut niciodată unchiul foarte bine, a înțeles că părinții lui au fost foarte afectați de suicid.

După acest eveniment, părinții au devenit şi mai protectori, insistând ca el să rămână acasă şi să nu meargă la şcoală ori de câte ori se simțea rău. La vârsta de 12 ani, Ray a anunțat că este deprimat şi a ajuns să vadă o mulțime de terapeuți.

Student indiferent, a intrat la facultate, unde a cunoscut-o pe Denise. Ea a fost singura femeie care s-a arătat interesată de el vreodată, iar după o perioadă scurtă de curtare, s-au căsătorit. Amândoi au abandonat facultatea şi s-au angajat, bazându-se însă pe părinții lui Ray pentru finanțarea gospodăriei lor şi a terapiei continue a lui Ray.

Cuplul se muta frecvent; ori de câte ori Denise se plictisea de o slujbă sau un loc, se mutau în altă parte a țării. Ea obținea rapid o slujbă nouă şi îşi făcea noi prieteni, dar Ray avea mari dificultăți, rămânând şomer luni de zile.

Pe măsură ce ambii au început să bea tot mai mult, scandalurile dintre ei s-au intensificat. Când se certau, uneori Ray se întorcea la părinți, unde stătea până când în familie începeau conflictele. Atunci se întorcea acasă, la Denise.

Deseori soția şi părinții îi spuneau lui Ray cât de sătui erau de toanele şi de multiplele lui acuze somatice, dar atunci el amenința că se sinucide, iar părinții intrau în panică. Insistau să vadă noi doctori şi zburau cu el prin toată țara, pentru a fi consultat de diferiți experți. I-au aranjat internarea în câteva instituții prestigioase, dar întotdeauna, la scurt timp după aceea, Ray se externa pe proprie răspundere, contrar recomandărilor medicale, iar părinții îi asigurau întoarcerea acasă cu avionul. Se jurau de fiecare dată că-i vor retrage ajutorul financiar, dar nu s-au ținut niciodată de cuvânt.

Prietenii şi slujbele deveniseră un halou fără formă al întâlnirilor nesatisfăcătoare. Ori de câte ori era dezamăgit de o nouă cunoştință sau ocupație, Ray pleca. Părinții

îşi frângeau mâinile; Denise practic îl ignora. Ray şi-a continuat rotirea incontrolabilă, fără nimeni care să-l oprească, nici măcar el însuşi.

RECUNOAŞTEREA TPB LA PRIETENI ŞI RUDE

La suprafaţă, o personalitate borderline poate fi foarte greu de identificat, în ciuda turbulenţei vulcanice de dedesubt. Spre deosebire de mulţi oameni afectaţi de tulburări mentale — precum schizofrenie, tulburare bipolară (maniaco-depresivă), alcoolism sau tulburări alimentare —, persoana borderline poate funcţiona, de regulă, extrem de bine la muncă şi în situaţii sociale, fără să pară patologică. Într-adevăr, unele dintre caracteristicile emblematice ale comportamentului borderline sunt izbucnirile de furie bruşte, imprevizibile, suspiciunea extremă sau depresia suicidară la cineva care părea „normal".

Izbucnirile bruşte ale persoanei borderline sunt înfricoşătoare şi derutante — atât pentru însăşi persoana borderline, cât şi pentru cei apropiaţi. Din cauza naturii bruşte şi extreme a anumitor simptome marcante, cei implicaţi pot fi uşor induşi în eroare, fără să-şi dea seama că este vorba de o manifestare comună a TPB şi nu de o boală separată. De exemplu, o persoană care încearcă să se sinucidă prin supradoză sau tăindu-şi venele poate fi diagnosticată cu depresie, prescriindu-i-se medicaţie antidepresivă şi psihoterapie suportivă de scurtă durată. Dacă pacientul suferă din cauza unei depresii chimice, acest tratament ar trebui să-i amelioreze starea şi ar trebui să se recupereze relativ repede şi complet. Însă dacă acele comportamente distructive au fost declanşate de TPB, autorănirile vor continua, fără să fie influenţate de tratament. Chiar dacă pacientul este şi deprimat, şi

borderline (o combinație frecventă), această abordare va trata doar parțial boala, apărând alte probleme ulterior. Dacă trăsăturile borderline nu sunt recunoscute, atunci continuarea, în ciuda tratamentului, a tentativelor suicidare şi a altor comportamente distructive va nedumeri şi frustra pacientul, medicul şi pe toți cei implicați.

Abby, un fotomodel de 23 de ani, era tratată pentru alcoolism într-o unitate specializată pe dependența de substanțe. Răspundea foarte bine acestui program, dar pe măsură ce se abținea de la alcool, devenea tot mai mult şi într-un mod compulsiv bulimică. Apoi a intrat într-o clinică specializată în tulburări alimentare, unde, din nou, a fost tratată cu succes.

După câteva săptămâni, a început să aibă atacuri de panică severe în magazine, birouri, la volanul propriei maşini, fiindu-i frică, în cele din urmă, să mai iasă din casă. În plus față de aceste fobii, devenea tot mai deprimată. Când se gândea să se interneze într-o clinică specializată în fobii, un consultant psihiatric i-a recunoscut toate simptomele ca fiind reprezentative pentru TPB, recomandându-i internarea într-o unitate de psihiatrie specializată în tulburarea borderline. Dacă tratamentele ei anterioare se centraseră exclusiv pe alcoolism sau bulimie, această spitalizare a privit mai holist viața şi tratamentul ei.

În cele din urmă, Abby a putut să facă legătura între problemele ei şi relația ambivalentă continuată cu părinții, care împiedicaseră încercările ei de a se separa şi maturiza, de a deveni mai independentă. Şi-a dat seama că diferitele ei boli erau, de fapt, mijloace de a scăpa de pretențiile părinților ei fără să se simtă vinovată. Bulimia, băutul şi anxietățile îi consumau toată energia, abătând-o de la abordarea conflictului cu părinții ei. Mai mult, rolul ei de „bolnavă" era o scuză pentru ca nici măcar să nu se mai simtă obligată să lucreze la această

relație. În mod ironic, tot bolile o menținеau *atașată* de părinți: dat fiind că ei aveau probleme maritale serioase (mama era alcoolică, iar tatăl deprimat cronic), putea rămâne aproape de ei copiindu-le rolurile patologice.

După o spitalizare scurtă, a continuat psihoterapia individuală ambulatorie. Starea de dispoziție i s-a ameliorat, iar anxietățile şi fobiile s-au dizolvat. A continuat să se abțină de la alcool şi mâncat compulsiv.

Cazul lui Abby ilustrează cum un comportament pronunțat epuizant poate, de fapt, camufla şi reprezenta o TPB subiacentă, ale cărei caracteristici — relații instabile, impulsivitate, schimbări de dispoziție, furie intensă, amenințări cu sinuciderea, confuzii de identitate, sentimentul de vid sau eforturi disperate de evitare a abandonului — pot avea ca rezultat simptome psihice care ar putea conduce, în mod eronat, la un diagnostic incomplet sau chiar greşit.

A FACE FAȚĂ ŞI A AJUTA

Este important de reamintit că TPB este o boală, nu o încercare intenționată de obținere a atenției. Persoana borderline nu se poate ajuta singură în această situație. Este inutil să ne înfuriem sau să încercăm să convingem persoana borderline să se schimbe; fără ajutor şi motivație, nu-şi poate schimba cu uşurință comportamentul.

Însă acest lucru nu înseamnă că persoana borderline este neajutorată şi nu are nicio responsabilitate pentru propria conduită. De fapt, adevărul este chiar pe dos. Persoana borderline trebuie să accepte, fără să i se ofere scuze sau să fie menajată, consecințele reale ale acțiunilor sale, chiar dacă inițial nu le poate modifica. În această privință, TPB nu diferă de niciun alt handicap.

Individul țintuit într-un scaun cu rotile va stârni compasiune, dar este responsabilitatea lui să găsească facilitățile de acces specifice în locurile unde vrea să meargă şi să-şi păstreze vehiculul într-o stare suficient de bună pentru a-l duce acolo.

Comportamentele extreme ale persoanei borderline duc, de obicei, fie la replici dure de genul: „Leneş plângăcios şi om de nimic, adună-te şi pune-te pe treabă", fie la mângâieri pe creştet de genul: „Sărăcuțul de tine, tu nu poți să faci nimic; o să am eu grijă de tine". Cu toții trebuie să fim atenți la modul în care interacțiunile noastre pot încuraja sau inhiba comportamentele borderline. Cei care interacționează cu un borderline trebuie să încerce să meargă pe firul foarte subțire dintre oferirea de reasigurări în privința valorii persoanei borderline, pe de o parte, şi confirmarea aşteptărilor necesare, pe de altă parte. Ei trebuie să încerce să răspundă suportiv, dar fără să exagereze. Afecțiunea şi atingerea fizică, precum îmbrățişarea sau ținerea de mână, îi pot comunica persoanei borderline că este o persoană prețuită, dar dacă au nuanțe de exploatare, pot distruge încrederea. Dacă grija pentru el ajunge să fie hiperprotectoare, un borderline încetează să se mai simtă responsabil pentru comportamentul lui.

În majoritatea contextelor, concentrarea pe segmentul *Adevăr* din principiile SET-UP (vezi Capitolul 5) este suficientă pentru nişte îndrumări rezonabile. Dar când apar amenințări cu sinuciderea, de obicei este momentul să se apeleze la un specialist în sănătate mentală sau la un serviciu de prevenție a suicidului. Nu trebuie permis ca amenințările cu sinuciderea să devină un „şantaj emoțional" prin care prietenul sau relația să fie manipulate să se comporte aşa cum vrea persoana borderline. Amenințările trebuie luate în serios şi întâmpinate cu reacții prompte, previzibile, realiste, cum ar fi cererea ca

persoana borderline să primească ajutor de specialitate (un răspuns de tip *Adevăr*).

Jack, un celibatar de 41 de ani, lucra cu normă redusă în timp ce încerca să se întoarcă la şcoală. Mama sa văduvă continua să-l susţină financiar şi, ori de câte ori avea un eşec la muncă, şcoală sau într-o relaţie, ea îi întărea neajutorarea, insistând că el nu-şi putea atinge obiectivele şi sugerându-i să se întoarcă „acasă" pentru a locui cu ea. Terapia l-a ajutat pe Jack nu doar să-şi înţeleagă dorinţa de a rămâne neajutorat şi de a profita de beneficiile acestei poziţii, ci şi să facă faţă nevoii de control a mamei sale şi rolului ei în continuarea dependenţei lui.

E suficient ca un singur actor al dramei să iniţieze schimbarea. Mama lui Jack poate reacţiona la dependenţa lui prin răspunsuri SET-UP care să-i exprime grija (*Sprijinul*), înţelegerea (*Empatia*) şi recunoaşterea realităţii (*Adevărul*) — nevoia ca Jack să-şi asume responsabilitatea pentru propriile-i acte. Dacă mama lui nu vrea să-şi schimbe comportamentul, Jack trebuie să recunoască rolul în problemele lui şi să se distanţeze de ea.

COMBATEREA FURIEI BORDERLINE

Pentru cineva apropiat de un borderline, comportamentele imprevizibile pot deveni ceva obişnuit după o vreme şi, astfel, „previzibil de imprevizibile". Una dintre manifestările cele mai frecvente, izbucnirea de furie, apare, de regulă, pe neaşteptate şi pare disproporţionată.

Prietenul apropiat, ruda sau colegul de muncă ar trebui să reziste tentaţiei de a „răspunde la foc cu foc". Cu cât persoana borderline devine mai zgomotoasă şi furioasă, cu atât celălalt trebuie să fie mai liniştit şi mai calm, refuzând astfel să contribuie la agravarea atmosferei emoţionale şi subliniind, prin comparaţie, intensitatea

nefirească a furiei persoanei borderline. Dacă cel în cauză sesizează un potențial de violență fizică, trebuie să părăsească scena imediat. Cel mai adesea, nu te poți înțelege cu o persoană borderline furioasă, așa că discuțiile și dezbaterile sunt inutile, putând doar să inflameze și mai mult situația. În schimb, trebuie să se încerce dezamorsarea conflictului prin recunoașterea diferențelor de opinie și căzându-se de acord că este în regulă să existe păreri diferite. O continuare a discuției poate avea loc mai târziu, când atmosfera este mai liniștită.

TRĂIND CU OSCILAȚIILE DE DISPOZIȚIE BORDERLINE

Schimbările bruște de dispoziție pot fi la fel de uimitoare atât pentru persoana borderline, cât și pentru cei din preajma acesteia. Încă de la o vârstă fragedă, Meredith a fost conștientă de toanele ei. Putea avea momente de mare entuziasm și bucurie fără niciun motiv, doar pentru a se prăbuși, fără de veste, în cele mai negre disperări. Părinții i-au tolerat schimbările de dispoziție, mergând în vârful picioarelor în preajma ei, fără să-i pună vreodată în discuție iritabilitatea. La școală, prietenii veneau și plecau, alungați de imprevizibilitatea ei. Unii o strigau „maniaco-depresiva" și încercau s-o scoată din starea ei ursuză.

Soțul ei Ben spunea că fusese atras de „bunătatea" și de „simțul umorului" pe care le avea. Dar Meredith se putea schimba dramatic, trecând de la starea jucăușă la cea suicidară. La fel, interacțiunile ei cu Ben treceau de la bucuria împărtășită la izolarea întunecată. Dispoziția ei era total imprevizibilă, iar Ben nu știa niciodată sigur cum o s-o găsească la sfârșitul zilei, când avea să ajungă acasă. Uneori se gândea că înainte să intre în casă ar trebui să strecoare doar pălăria pe un baston, ca să vadă dacă e îmbrățișată, ignorată sau împușcată.

Ben era blocat într-un scenariu borderline tipic „rău dacă faci, rău dacă nu faci". Aducerea în discuție a depresiei ei ar fi determinat o mai mare furie şi retragere, dar ignorarea ei putea arăta lipsă de interes. Însă folosirea principiilor SET-UP l-ar fi ajutat să-şi abordeze dilema, insistând pe cum credea Meredith că ar trebui să reacționeze el (şi alții) la toanele ei.

Aceste oscilații de dispoziție, care nu răspunseseră la niciun tratament medicamentos, erau la fel de stresante şi pentru Meredith. Sarcina ei era să recunoască asemenea oscilații, să-şi asume responsabilitatea că le are şi să învețe să se adapteze compensându-le prezența. Când se afla într-o stare de depresie, putea s-o identifice şi să învețe să le explice celorlalți din jurul ei că era într-o fază lipsită de vitalitate, încercând să funcționeze cât de bine putea. Dacă era cu oameni cărora nu-i venea uşor să-şi explice situația, Meredith putea trece neobservată, încercând în mod activ să evite să se ocupe de anumite lucruri care i se cereau. Un obiectiv principal implica stabilirea constanței — comportamente şi atitudini coerente, de încredere — față de ea însăşi şi față de ceilalți.

GESTIONAREA IMPULSIVITĂȚII

Actele impulsive pot fi extrem de frustrante pentru prietenii şi apropiații persoanelor borderline, mai ales dacă acele acte sunt autodistructive. Impulsivitatea este în mod special destabilizatoare când apare (cum se întâmplă cel mai adesea) într-un moment stabil din viața persoanei borderline. Într-adevăr, comportamentele impulsive pot apărea tocmai pentru că viața se stabilizează şi persoana borderline nu se simte deloc confortabil într-o stare lipsită de orice criză.

Larry, de pildă, avea un mariaj confortabil de plicticos. Căsătoriți de peste 20 de ani, el şi Phyllis interacționau

arareori. Ea s-a ocupat de creşterea băieţilor lor, în timp ce Larry a trudit la o mare companie. Viaţa lui era o închisoare autoimpusă a rutinei zilnice şi a comportamentelor compulsive. Îi lua ore să se îmbrace, pentru a-şi aranja hainele exact cum voia. Seara, în faţa patului, făcea anumite ritualuri pentru a-şi menţine un anumit sentiment de control — uşile şifonierului trebuia să fie deschise într-un anumit mod, chiuveta de la baie trebuia curăţată cu mare atenţie, iar săpunul şi articolele de toaletă, aranjate după un anumit tipar.

Dar în cadrul acestei rutine rigid înregimentate, Larry se îmbăta compulsiv, intra în încăierări sau pleca brusc din oraş o zi întreagă, fără să anunţe pe nimeni. De două ori a luat în mod impulsiv o supradoză din medicaţia sa pentru inimă, „pentru a vedea cum este". De obicei absorbea furia lui Phyllis, devenind posomorât şi tăcut, dar din când în când se lua de ea, de obicei din motive banale.

Nu bea deloc câteva luni la rând, pentru ca apoi, exact când primea laude pentru abstinenţa lui, să se îmbete şi să facă scandal. Soţia, prietenii şi consilierii au recurs la rugăminţi şi ameninţări, dar degeaba.

Tehnicile SET-UP ar putea-o ajuta pe Phyllis să facă faţă impulsivităţii lui Larry. În loc să se roage de el şi să-l ameninţe, ar putea să-i sublinieze iubirea ei grijulie pentru Larry (*Sprijin*) şi că-şi dă seama că el devine din ce în ce mai nesatisfăcut de viaţa lui (*Empatie*). Afirmaţiile *Adevăr* ar comunica propria ei nefericire în situaţia lor actuală şi nevoia crucială ca el să facă ceva în privinţa asta, cum ar fi, de pildă, să meargă la terapie.

De asemenea, adesea este foarte util să fii capabil să prevezi comportamentele impulsive pe baza experienţelor din trecut. De exemplu, după o perioadă de abstinenţă, Phyllis îi poate reaminti lui Larry, într-un mod neutru, simplu, că în trecut, când lucrurile au mers bine, el a acumulat tensiuni care au explodat sub forma băutului

compulsiv. Subliniind tiparele anterioare, poți ajuta persoana borderline să devină mai conştientă de emoțiile care preced apariția impulsivității. Toate acestea ar trebui însoțite de afirmații de tip *Sprijin*, pentru a nu fi interpretate ca o critică de tip „iar te apucă". Astfel, persoana borderline învață că unele comportamente pe care le-a perceput ca fiind haotice şi imprevizibile pot fi, de fapt, anticipate, înțelese şi, tocmai de aceea, controlate. Însă chiar dacă persoana borderline se simte criticată, predicția poate stimula o opoziție de tip „îți voi demonstra!", care s-o motiveze să nu mai repete tiparele distructive.

Ajuns, în fine, la terapie, Larry a început să vadă că actele lui aparent imprevizibile reprezentau furia lui pe sine şi pe ceilalți. Şi-a dat seama că devine abuziv cu soția lui sau începe să bea atunci când este frustrat în legătură cu propria lui persoană. Acest comportament impulsiv conduce apoi la vinovăție şi autopedepsire fizică, ce servesc, la rândul lor, la ispăşirea propriilor păcate. Când Larry a început să se valorizeze mai mult şi să-şi respecte propriile idealuri şi convingeri, activitățile lui distructive s-au diminuat.

ÎNȚELEGEREA PROPRIILOR EMOȚII

Când însoțeşti persoana borderline în goana caruselului său, trebuie să te aştepți să treci printr-o serie întreagă de emoții, în special vinovăție, frică şi furie. Când este autodistructiv, un borderline poate părea neajutorat şi proiectează responsabilitatea pentru comportamentul lui asupra celorlalți, care pot fi prea dispuşi să o accepte. Vinovăția este un inhibitor puternic al confruntării sincere. La fel, frica de rănire fizică — a persoanei borderline, a altora sau a ta — poate fi o puternică piedică în

Blondi

calea inițierii interacțiunilor. Furia este o reacție obișnuită când, după cum se întâmplă în mod frecvent, te simți manipulat sau pur și simplu nu-ți place ori nu înțelegi un anumit comportament.

Mama lui Lois o suna frecvent, plângându-i-se de dureri severe de cap, de singurătate și de un dezgust general față de viață. Tatăl său fiind mort de mult, iar frații înstrăinați de familie, Lois era „fiica cea bună", singurul copil căruia îi păsa.

Lois se simțea vinovată când mama ei suferea și era singură. În ciuda dragostei lui Lois pentru mama ei și a sentimentelor de vinovăție pe care i le declanșa aceasta, Lois a început să fie furioasă când a constatat că mama ei devine din ce în ce mai neajutorată și mai puțin dispusă să aibă grijă de ea însăși. Lois a început să-și dea seama că prin dependența sa tot mai mare mama ei profita de ea. Dar când Lois și-a exprimat furia, mama ei a devenit și mai înlăcrimată și neajutorată, iar Lois s-a simțit și mai vinovată, reluându-se tot ciclul de la capăt. Abia când Lois s-a desprins din acest sistem blocat, mama ei a fost obligată să-și obțină o independență sănătoasă.

PROBLEME SPECIALE DE PARENTAJ

Majoritatea persoanelor borderline descriu copilăria în trăsături caracteristice. Adesea, unul dintre părinți era absent sau lipsea frecvent, avea interese, hobby-uri sau o carieră exterioară mare consumatoare de timp, sau abuza de droguri ori alcool.

Dacă ambii părinți locuiau în aceeași casă, de multe ori relația lor nu era armonioasă. Existau dezacorduri frecvente în privința creșterii copiilor și, ca atare, unul dintre părinți, de obicei mama, își asuma rolul parental

principal. Asemenea părinți sunt rareori capabili să facă front comun şi să colaboreze în privința copiilor lor. Pentru aceşti copii, lumea abundă în contradicții şi nevalidări. Când copilul are nevoie de structură, el primeşte contradicții; când îi trebuie fermitate, primeşte ambivalență. Astfel, viitorul borderline este privat de şansa de a-şi dezvolta o identitate fundamentală coerentă.

Mama unui borderline poate fi extrem de bolnavă, dar cel mai adesea patologia ei este subtilă. Ea poate fi percepută de ceilalți chiar ca o „mamă perfectă" datorită „dedicării" sale totale față de copii. Însă o observare mai atentă dezvăluie implicarea ei excesivă în viața proprilor copii, încurajarea dependenței reciproce şi împotrivirea ei față de maturizarea şi separarea naturală a copiilor.

Încercarea de a continua creşterea congruentă a copilului după despărțire sau divorț este deosebit de dificilă. Congruența poate fi dificilă pentru părintele borderline, care, conştient sau inconştient, îşi poate folosi copiii pentru continuarea luptei cu soțul. Celălalt părinte ar trebui să încerce să reducă la minimum conflictele, fiind foarte atent la „alegerea propriilor bătălii". Încercarea de dezvinovățire sau de a răspunde acuzațiilor nu va scădea resentimentele, ci doar va deruta copiii. Cea mai bună abordare este, adesea, abaterea conversației de la relația personală. Încercați să vă faceți fostul partener să se centreze doar pe „ceea ce e bine pentru copii". De regulă poate fi găsit un teren comun şi conflictul poate fi diminuat.

DESPĂRȚIRILE

Despărțirile de părinți, mai ales în primii ani de viață, sunt ceva obişnuit în biografia borderline. La suprafață, aceste despărțiri pot părea nesemnificative, dar ele au efecte profunde. De exemplu, naşterea

unui nou copil o îndepărtează pe mamă de la activitățile ei normale pentru câteva săptămâni — dar când se întoarce, nu mai este la fel de receptivă față de primul copil; în ochii copilului mai mare, mama a dispărut, fiind înlocuită de altcineva — cineva care acum are îndatoriri materne față de fratele mai mic. Această traumă este uşor de depăşit pentru un copil normal într-un mediu sănătos. Dar pentru un borderline într-un mediu borderline poate fi una dintre multiplele pierderi şi abandonuri percepute. Bolile îndelungate, călătoriile frecvente, divorțul sau moartea unui părinte privează şi ele dezvoltarea copilului de un maternaj congruent în momente cruciale, ceea ce-i poate afecta capacitatea de a-şi dezvolta încrederea şi congruența în lumea sa instabilă şi nesigură.

TRAUMA COPILULUI ABUZAT

Abuzul sever fizic şi/sau sexual este o traumă frecvent întâlnită în istoria personalității borderline. Când un copil este abuzat, el consideră invariabil că el este de vină (conştient sau inconştient), întrucât aceasta este cea mai bună variantă din cele disponibile. Dacă dă vina pe adult, va fi îngrozit de dependența sa de nişte incompetenți care nu sunt în stare să aibă grijă de el. Dacă nu dă vina pe nimeni, durerea devine aleatorie şi imprevizibilă, deci cu atât mai înspăimântătoare, pentru că nu mai există nicio speranță că ar putea-o controla. Autoînvinovățirea face abuzul mai uşor de înțeles şi deci posibil de controlat — simte că el cauzează cumva abuzul şi, de aceea, va putea găsi o cale să-i pună capăt sau va renunța şi va accepta că este „rău".

În aceste situații, persoana borderline învață de timpuriu că este rea şi că ea este cauza lucrurilor rele care se întâmplă. Începe să se aştepte la pedeapsă şi se poate

simți în siguranță doar când este pedepsită. Ulterior, automutilarea poate fi uneori modul persoanei borderline de a-şi continua acest sentiment familiar şi securizant de a fi pedepsită. Ea poate considera abuzul un fel de dragoste şi repetă abuzul cu propriii copii. Ca adult, rămâne blocată în lumea derutantă a copilului, în care dragostea şi ura sunt amestecate, unde există doar bine şi rău, fără nimic între ele, şi în care doar contradicția este necontradictorie.

Abuzul poate lua forme mai subtile decât violența fizică sau sexualitatea deviantă. Abuzul emoțional — exprimat sub forma hărțuirii verbale, sarcasmului, umilirii sau tăcerii înghețate — poate fi la fel de devastator.

Stephanie n-a putut niciodată să-şi mulțumească tatăl. Când era mică, o striga „Dolofana" şi râdea de încercările ei stângace de a-l mulțumi prin practicarea sporturilor. Era „proastă" când lua note mai mici decât maxim şi când a spart farfurii în încercarea de a face curat în bucătărie. I-a ridiculizat rochia fără bretele pentru balul de absolvire a liceului, iar în ziua absolvirii i-a repetat insistent că nu era nimic de capul ei.

Ca adult, Stephanie era întotdeauna nesigură de ea, nu avea încredere în complimentele care o flatau şi încerca fără speranță să mulțumească oameni imposibil de mulțumit. După un lung şir de relații distructive, Stephanie l-a cunoscut, într-un final, pe Ted, care părea grijuliu şi suportiv. Însă Stephanie încerca să saboteze relația la fiecare pas, testându-i mereu loialitatea şi punându-i la îndoială devotamentul, fiind convinsă că nicio persoană pe care o prețuia nu ar fi putut-o prețui, la rândul său.

Ted a trebuit să înțeleagă trecutul lui Stephanie şi să accepte că încrederea nu poate fi căpătată în mod realist decât după lungi perioade de timp. Nu toți sunt dispuşi să aştepte. Ted a fost.

Prin definiție, dificultățile adolescenței și TPB sunt foarte asemănătoare: atât adolescentul normal, cât și cel borderline luptă pentru individualitate și separarea de părinți, caută legăturile cu prietenii, se identifică cu grupul, încearcă să evite să rămână singur, tinde să treacă prin oscilații radicale de dispoziție și este predispus, în general, la impulsivitate. Ușurința cu care îi este distrasă atenția adolescentului este analogă dificultății persoanei borderline de a se dedica unui scop și de a-l urmări. Stilurile vestimentare excentrice ale adolescenților, obiceiurile lor alimentare arhaice și muzica sfredelitoare sunt deseori încercări de conturare a unei identități distincte și de a relaționa cu grupuri specifice de egali, eforturi care sunt similare cu cele ale tinerilor borderline.

Un adolescent normal poate asculta muzică tenebroasă, poate scrie poezie pesimistă, poate glorifica celebrități sinucigașe, poate striga, plânge și amenința în mod dramatic. Însă adolescentul normal nu-și taie venele, nu mănâncă pentru ca apoi să vomite compulsiv de câteva ori pe zi, nu devine dependent de droguri sau nu-și atacă mama; aceste extreme sunt cele care anticipează dezvoltarea TPB.

Unii părinți vor nega gravitatea problemelor unui adolescent (o supradoză de droguri, de pildă), minimalizându-le drept încercări tipice adolescentine de obținere a atenției. Deși este adevărat că deseori copiii caută să obțină atenție în moduri dramatice, nici tentativele de sinucidere, nici orice alt comportament distructiv nu sunt „normale". Ele sugerează, în schimb, posibilitatea unei personalități borderline incipiente sau a altei tulburări și trebuie să fie evaluate de un specialist. În comparație cu adolescenții cu alte tulburări psihice, adolescenții borderline trec printr-una dintre cele mai severe

patologii şi disfuncţii. Adolescenţii borderline prezintă o incidenţă mai mare de infecţii cu transmitere sexuală şi probleme medicale pe parcursul vieţii. Ei au un risc mai mare de abuz de alcool, ţigări şi alte droguri.[1]

Ceilalţi — părinţi, profesori, angajatori, prieteni — îşi dau seama, de obicei, când un adolescent normal trece graniţa comportamentului borderline chiar înaintea acestuia. Abuzul permanent de droguri, relaţiile tumultuoase în serie sau postirea anorectică sunt indicatori de încredere că poate fi vorba de probleme mai adânci. Trebuie să fie examinat întregul stil de funcţionare al adolescentului, nu doar simptomele individuale. Acest lucru este crucial, mai ales când se are în vedere potenţialul suicidar.

Suicidul este principala cauză a morţii la adolescenţi, fiind prevalentă în special în rândul copiilor care sunt deprimaţi, fac abuz de droguri, se comportă impulsiv sau violent şi au puţine sisteme de sprijin — toate trăsături principale ale TPB.[2, 3] Ameninţările cu autorănirea trebuie luate în serios întotdeauna. Încercările de automutilare sau de autorănire „doar pentru atenţie" se pot sfârşi tragic. Părinţii care încearcă să facă diferenţa între „sinuciderea adevărată" şi „căutarea atenţiei" pierd ideea principală — ambele sunt comportamente patologice grave şi necesită tratament, deseori spitalizare.

---

1 Andrew M. Chanen, Martina Jovev, Henry J. Jackson, „Adaptive Functioning and Psychiatric Symptoms in Adolescents with Borderline Personality Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 297–306.

2 David A. Brent et al., „Risk Factors for Adolescent Suicide", *Archives of General Psychiatry* 45 (1988): 581–588.

3 Alexander McGirr, Joel Paris, Alain Lesage et al., „Risk Factors for Suicide Completion in Borderline Personality Disorder: A Case-Control Study of Cluster B Comorbidity and Impulsive Aggression", *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2007): 721–729.

În mediul de muncă, persoanele borderline sunt considerate adesea drept „ciudate" sau „excentrice": ele tind să se izoleze, evită contactele personale şi îi ţin pe ceilalţi la distanţă printr-un aer posomorât, suspicios sau excentric. Unii obişnuiesc să se plângă de suferinţe fizice sau de probleme personale şi din când în când fac crize de paranoia sau furie. Alţii, totuşi, se pot comporta perfect normal la locul de muncă, dar par să se simtă ciudat şi inconfortabil alături de colegii de serviciu în afara locului de muncă.

Mulţi angajatori au implementat Programe de Asistare a Angajatului (EAP)[4] cu consilieri interni şi departamente de trimitere, create iniţial pentru a ajuta angajaţii să-şi gestioneze problema abuzului de alcool şi droguri. Astăzi, multe EAP sunt disponibile şi pentru a ajuta angajaţii să se confrunte cu alte probleme emoţionale, precum şi cu dificultăţi legale şi financiare.

Mulţi consilieri ai EAP sunt bine pregătiţi pentru a identifica trăsăturile caracteristice ale abuzului de alcool sau droguri, ori ale unor boli psihice principale, precum depresia sau psihoza, dar ei pot fi mai puţin familiarizaţi cu simptomele mai complicate ale TPB. Deşi şeful, colegii, consilierul angajatului sau chiar angajatul însuşi pot fi conştienţi de anumite comportamente disfuncţionale sau perturbatoare, persoana borderline poate să nu fie trimisă la tratament întrucât comportamentele ei nu pot fi asociate în mod clar cu o tulburare uşor recognoscibilă.

Potenţialul angajator poate bănui existenţa unor caracteristici borderline la un candidat care a schimbat frecvent slujbele în trecut. Aceste schimbări ale

---

[4] Employee Assistance Programs. (*N. t.*)

slujbelor vor fi explicate adesea prin „diferențe de personalitate" (ceea ce e deseori corect). Despărțirea de alte locuri de muncă poate fi declanşată de o schimbare semnificativă — un şef nou, un nou sistem de operare pe computer sau o modificare în fişa postului — care a întrerupt o rutină foarte structurată (poate chiar monotonă).

Întrucât persoana borderline poate fi foarte creativă şi devotată, ea poate fi un angajat foarte apreciat. Când este înalt funcțională, poate fi de un pitoresc aparte, stimulându-i şi inspirându-i pe ceilalți. Majoritatea persoanelor borderline funcționează optim într-un mediu bine definit şi structurat, în care aşteptările sunt clar specificate.

Colegii de muncă se vor simți cel mai confortabil cu un borderline dacă îi admit tendința de a vedea lumea în alb şi negru, şi îi acceptă nevoia de structură bine definită. Ar trebui să evite să „se prostească" cu el şi să se abțină de la „glumele nevinovate" pe seama lui, pe care adesea un borderline le interpretează greşit. Poate fi util să-i iei apărarea dacă persoana borderline devine ținta glumelor altora. Complimentele frecvente pentru treaba bine făcută şi chiar recunoaşterea greşelilor fără a le condamna însoțită de sugestii de remediere pot ajuta buna funcționare a unui borderline la locul de muncă.

La fel, când persoana borderline se află într-o poziție de conducere, este important ca angajații să recunoască şi să învețe să conlucreze cu această gândire în alb şi negru. Angajații ar trebui să învețe să se aştepte la această instabilitate a sa şi s-o accepte cu un minimum de sentimente rănite. Ei trebuie să evite încurcarea în argumente logice, deoarece congruența nu este întotdeauna posibilă pentru un borderline. Ar trebui să caute aliați în altă parte a organizației, pentru a le oferi feedback şi evaluări de încredere.

JOCUL CU UN BORDERLINE

Tipic, un borderline este imprevizibil în jocuri şi uneori foarte deconcertant. El poate avea mari dificultăţi cu recreerea şi se joacă cu o seriozitate disproporţionată faţă de natura relaxată a activităţii. El poate fi noul partener de tenis la o partidă de dublu, care la început pare destul de drăguţ, dar pe măsură ce jocul avansează, devine tot mai frustrat şi mai furios. Deşi îi aminteşti constant că „e doar un joc", el poate să bată din picior, să se înjure singur, să arunce cu racheta şi să jure că se lasă de sport. Poate fi antrenorul echipei din Liga Mică a fiului tău, care lucrează bine cu copiii, dar devine brusc abuziv cu arbitrul adolescent sau îşi umileşte furios propriul fiu — văzut ca pe o extensie a lui însuşi — când ratează lovitura. Deşi aceste exemple pot descrie trăsături similare borderline, la anumiţi oameni ele nu sunt de fapt borderline; dar când aceste comportamente sunt extreme sau reprezintă un tipar bine închegat, pot fi indicatori ai unei personalităţi borderline adevărate.

Intensitatea persoanei borderline îi afectează capacitatea de a se relaxa şi distra. Tentativele de umor ale altora îl pot frustra şi înfuria. Practic, este imposibil „să-l scoţi din ale lui glumind". Dacă alegi să continui să joci tenis cu partenerul tău borderline, folosirea judicioasă a principiilor SET-UP poate face experienţa mai tolerabilă.

PERSOANA BORDERLINE CARE SE MATURIZEAZĂ

Adulţii borderline înalt funcţionali care nu se recuperează complet pot avea totuşi cariere de succes, îşi pot asuma roluri familiale tradiţionale şi pot avea un grup de

prieteni şi sisteme de susţinere. Pot avea o viaţă per total satisfăcătoare în colţul lor separat al existenţei, în ciuda frustrărilor recurente legate de propria persoană şi de ceilalţi ce ocupă aceeaşi nişă.

Însă persoanele borderline slab funcţionale au mai multe dificultăţi în păstrarea slujbei şi a prietenilor şi pot duce lipsă de sisteme familiale şi de susţinere; pot ocupa o „gaură neagră" mai singuratică şi disperată în interiorul propriului univers.

Multe persoane borderline au în comun un element de imprevizibilitate şi stranietate a comportamentului. Poate fi mai evident la individul izolat, singuratic, dar cei care cunosc familistul mulţumit pot detecta şi neconcordanţele din comportamentul său care contrazic raţionalitatea de suprafaţă. La serviciu, chiar şi persoana borderline care este un profesionist sau om de afaceri de succes poate fi cunoscută ca un pic ciudată de către cei cu care lucrează îndeaproape, chiar dacă aceştia nu pot localiza prea bine ce anume proiectează acea senzaţie de dezechilibru.

Pe măsură ce multe persoane borderline îmbătrânesc, ele se pot „înmuia". Impulsivitatea, oscilaţiile de dispoziţie şi comportamentele autodistructive par să scadă mult în intensitate. Acest tipar poate fi o reflectare obiectivă a schimbării sau o evaluare subiectivă a celor care lucrează sau trăiesc cu persoana borderline; este posibil ca prietenii şi iubiţii persoanei borderline să se fi obişnuit în timp atât de mult cu acţiunile ieşite din comun ale acesteia, încât să nu mai observe sau să nu mai reacţioneze la excentricitatea lor.

Motivul este, poate, că s-a instalat într-o rutină de viaţă ce nu mai are nevoie de izbucniri periodice — băut compulsiv, ameninţări cu suicidul sau alte gesturi dramatice — pentru satisfacerea nevoilor sale. Poate că odată cu vârsta persoana borderline îşi pierde energia sau forţa

de a-şi menţine ritmul frenetic al vieţii borderline. Sau poate că, pur şi simplu, pentru unele persoane borderline are loc un proces de vindecare natural pe măsură ce înaintează în vârstă. Oricum ar fi, majoritatea persoanelor borderline se fac mai bine cu timpul, cu sau fără tratament. Într-adevăr, majoritatea pot fi consideraţi „vindecaţi" în sensul că nu mai îndeplinesc cinci din nouă criterii. Prognosticul pe termen lung al acestei boli devastatoare este foarte încurajator (vezi Capitolul 7).

Astfel, cei care trăiesc alături de un borderline se pot aştepta ca, în timp, comportamentele lui să devină mai tolerabile. În acel moment, reacţiile imprevizibile devin mai previzibile şi, astfel, mai uşor de gestionat, şi devine posibil ca persoana borderline să înveţe cum să iubească şi să fie iubită într-un mod mai sănătos.

7

CĂUTAREA TERAPIEI

„Îi mai dau încă un an şi după aia mă duc la Lourdes."

(din *Annie Hall*, de Woody Allen, despre psihiatrul lui)

Dr. Smith, psihiatru de renume naţional, m-a sunat în legătură cu nepoata lui. Era deprimată şi avea nevoie de un psihoterapeut bun. M-a sunat să-mi spună că m-a recomandat pe mine.

Stabilirea unei programări a fost dificilă. Ea nu-şi putea rearanja programul astfel încât să se potrivească orelor mele disponibile, aşa că am făcut jonglerii şi mi-am aranjat eu programul după al ei. Am simţit presiunea de a fi îndatoritor şi strălucit, pentru ca încrederea doctorului Smith în mine să fie justificată. Tocmai îmi începusem practica privată şi aveam nevoie de validări ale abilităţilor mele profesionale. Ştiam totuşi că aceste sentimente erau un semn rău: aveam emoţii.

Julie era uluitor de atrăgătoare. Înaltă, blondă, putea fi cu uşurinţă fotomodel. Studentă la Drept, avea 25 de ani, era inteligentă şi vorbea foarte bine. A venit cu zece minute mai târziu, fără să-şi ceară scuze sau măcar să

recunoască această neglijență din partea ei. Când am privit-o mai bine, am observat că machiajul ei era puțin cam prea pronunțat, ca și când ar fi încercat să-și ascundă o tristețe sau epuizare interioară.

Julie era copil unic, foarte dependentă de părinții ei plini de succes, care călătoreau tot timpul. Fiindcă nu putea sta singură, trecuse printr-o serie de relații. Când un bărbat rupea relația, devenea extrem de deprimată până începea următoarea relație. Acum era „între relații". Ultimul partener o părăsise și „nu fusese nimeni care să-l înlocuiască".

Nu după mult timp, tratamentul ei a intrat într-o rutină. Când ședința se apropia de sfârșit, aducea întotdeauna în discuție ceva important, astfel încât întâlnirile noastre se terminau cu o mică întârziere. Apelurile telefonice între ședințe deveniseră mai frecvente și durau mai mult.

În următoarele șase săptămâni ne-am văzut o dată pe săptămână, dar apoi am fost amândoi de acord să mărim frecvența la două ședințe pe săptămână. Vorbea despre singurătatea ei și dificultățile cu despărțirile, dar continua să se simtă lipsită de speranță și singură. Mi-a povestit că avea adesea explozii de furie împotriva prietenilor, deși mie îmi era greu să-mi imaginez aceste izbucniri, fiindcă în cabinetul meu era foarte rezervată. Avea probleme cu somnul, pofta de mâncare îi scăzuse și pierdea în greutate. A început să vorbească despre sinucidere. I-am prescris antidepresive, dar se simțea încă și mai deprimată și nu se putea concentra la școală. Într-un final, după trei luni de tratament, mi-a spus că are tot mai multe gânduri suicidare și că începuse să vizualizeze cum se spânzură. I-am recomandat spitalizarea, pe care a acceptat-o cu reticență. În mod clar, era nevoie de o terapie mai intensă pentru gestionarea acestei depresii persistente.

Prima dată când i-am văzut furia a fost în ziua internării, când Julie îşi descria decizia de a veni la spital. Plângând încetişor, povestea despre frica pe care a simţit-o când i-a explicat tatălui ei spitalizarea.

Apoi, brusc, expresia feţei i s-a înăsprit şi a spus: „Ştii ce-a făcut scorpia aia?". Mi-a luat un moment până mi-am dat seama că Julie se referea la Irene, asistenta medicală care i-a făcut formele de internare. Furioasă, Julie a descris lipsa de atenţie a asistentei, stângăcia ei în folosirea tensiometrului şi cum s-a ciocnit de o tavă. Frumuseţea ei eterică se schimonosise într-o expresie de furie şi teroare. Am sărit când a dat cu pumnul în masă.

După câteva zile, Julie pusese pe jar toată secţia spitalului cu cerinţele şi tiradele ei. Câteva asistente şi pacienţi au încercat s-o calmeze şi s-o împace; alţii s-au supărat când a făcut scene (şi a aruncat cu obiecte), plecând din şedinţele de grup. „Ştiţi ce-a făcut pacienta *dumneavoastră* în dimineaţa asta, domnule doctor?", m-a întrebat o asistentă îndată ce am pus piciorul în secţie. Accentul era pus clar pe „a dumneavoastră", ca şi când eu aş fi fost responsabil pentru comportamentul lui Julie şi meritam reproşurile personalului că n-o ţin sub control. „Sunteţi prea protector. Vă manipulează. Trebuie să i se ţină piept."

Am sărit imediat în apărarea mea — şi a Juliei. „Are nevoie de sprijin şi ocrotire", am răspuns. „Are nevoie de reparentaj. Are nevoie să înveţe să aibă încredere". Cum îndrăznesc ei să-mi pună la îndoială judecata? Oare eu îndrăznesc s-o pun la îndoială?

În primele câteva zile, Julie s-a plâns de asistente, de ceilalţi pacienţi şi de ceilalţi doctori. Spunea că eu o înţeleg şi o ocrotesc, că am mai multe cunoştinţe şi o înţeleg mai bine decât ceilalţi terapeuţi la care fusese.

După trei zile, Julie a insistat să se externeze. Asistentele erau sceptice; n-o cunoşteau suficient de bine. Nu vorbise prea mult despre sine nici cu ele, nici în grupul

de terapie. Vorbea doar cu doctorul ei, dar a insistat că gândurile suicidare i se disipaseră şi că avea nevoie să-şi „reia viaţa". În cele din urmă, am autorizat externarea.

A doua zi a intrat clătinându-se în camera de gardă, beată şi cu tăieturi la mână. N-am avut de ales decât s-o internez din nou. Deşi asistentele nu mi-au zis niciodată: „V-am spus eu", privirile lor superioare erau clare şi de nesuportat. Am început să le evit şi mai mult decât o făcusem până atunci. Am reluat terapia individuală cu Julie şi am scos-o din şedinţele de grup.

După două zile, a cerut să fie externată. Când i-am refuzat cererea, a explodat. „Credeam că ai încredere în mine", mi-a spus. „Credeam că m-ai înţeles. Dar nu-ţi pasă decât de putere. Pur şi simplu adori să ai oamenii sub controlul tău!"

Poate are dreptate, m-am gândit. Poate că ţin prea mult să am controlul, poate că sunt prea nesigur. Sau îmi atacă vulnerabilitatea, nevoia mea de a fi perceput ca ocrotitor şi de încredere? Îmi pândise sentimentul de vinovăţie şi masochismul? Aici ea era victima sau eu?

„Credeam că eşti diferit", mi-a spus. „Credeam că eşti special. Credeam că ţie chiar îţi pasă." Problema era că şi eu crezusem acelaşi lucru.

Până la sfârşitul săptămânii, compania de asigurări m-a sunat zilnic să mă întrebe de continuarea şederii ei. Notiţele asistentelor conţineau insistenţele ei că nu mai era autodistructivă, iar ea continuase să-şi ceară externarea. Am fost de acord s-o externăm, dar cu condiţia să continue să vină în programul de zi al spitalului, în care putea participa la şedinţele de terapie de grup din spital, plecând apoi acasă după-amiaza. A doua zi de la începerea programului ambulatoriu, a venit cu întârziere, răvăşită şi mahmură. A povestit în lacrimi întâlnirea scabroasă cu un străin din seara precedentă. Situaţia devenea clară pentru mine. Implora limite, control şi

structură, dar nu putea recunoaşte această dependenţă. Aşa că se purta scandalos pentru a face necesar controlul şi pentru ca apoi să se înfurie şi să nege că şi-l doreşte.

Eu puteam vedea asta, dar ea nu. Treptat, am început să nu-mi mai doresc s-o văd. Îmi amintea de eşecul meu cu fiecare şedinţă şi m-am trezit dorindu-mi să se facă bine sau să dispară. Când mi-a spus că doctorul bătrânei ei colege de salon ar fi mai bun pentru ea, am interpretat acest lucru ca fiind dorinţa ei de a fugi de sine şi de problemele reale cu care se confrunta. Am ştiut că o schimbare în acel moment ar fi fost contraproductivă pentru ea, dar am sperat în tăcere că-şi va schimba doctorul de dragul *meu*. Încă vorbea despre sinucidere şi aveam fantasma vinovată că pentru mine ar fi fost aproape o uşurare dacă ar fi făcut-o. Schimbările ei m-au schimbat pe mine — dintr-un masochist într-un sadic.

În cea de-a treia săptămână a ei de spitalizare, un alt pacient s-a spânzurat când era acasă, pe timpul weekendului. Înfricoşată, Julie a strigat cu furie: „De ce tu şi toate asistentele astea n-aţi ştiut că o să se omoare? Cum de l-aţi putut lăsa s-o facă? De ce nu l-aţi protejat?".

Julie era devastată. Cine avea s-o protejeze pe *ea*? Cine o să-i alunge durerea? Am înţeles, în sfârşit, că acea persoană nu putea fi decât Julie. Nu era altcineva în pielea ei. Nimeni n-o putea înţelege şi proteja total. Lucrurile au început să capete ceva sens pentru mine, iar după o veme şi pentru Julie.

Şi-a putut da seama că oricât de mult ar fi încercat să fugă de sentimentele ei, nu putea înceta să fie ea însăşi. Chiar dacă a vrut să fugă de persoana rea care credea că este, a trebuit să înveţe să se accepte pe sine, cu tot cu defecte. În ultimă instanţă, a înţeles că este în regulă să fie pur şi simplu Julie.

Furia lui Julie pe personal a migrat treptat către pacientul sinucigaş, care „nu şi-a dat nicio şansă". Când a

înțeles responsabilitatea lui, a început s-o înțeleagă şi pe a ei. A descoperit că oamenii cărora le păsa cu adevărat de ea n-o lăsau să facă ce vrea, aşa cum procedaseră părinții ei. Uneori, ocrotire însemna impunerea unor limite. Alteori însemna să i se spună lucruri pe care nu voia să le audă. Iar alteori însemna să i se aducă aminte de responsabilitatea sa față de ea însăşi.

La puțin timp după aceea, am început cu toții — Julie, personalul şi cu mine — să lucrăm împreună. Am încetat să încerc din răsputeri să fiu plăcut, înțelept şi infailibil; era mult mai important să fiu constant şi de încredere — *să fiu acolo.*

După câteva săptămâni, Julie a ieşit din programul de terapie ambulatorie şi a revenit în cabinetul nostru de terapie. Era încă singură şi speriată, dar nu mai simțea nevoia să-şi facă rău. Şi chiar mai important, accepta faptul că putea supraviețui singurătății şi fricii şi putea totodată să aibă grijă de ea însăşi.

După o vreme, Julie a găsit un alt bărbat, care părea să țină la ea cu adevărat. În ceea ce mă priveşte, am învățat ceva din lucrurile pe care le-a făcut Julie — faptul că emoțiile dezagreabile determină în mare măsură cine sunt şi că acceptarea acestor părți neplăcute din mine mă ajută să-mi înțeleg mai bine pacienții.

ÎNCEPEREA TRATAMENTULUI

Terapeuții care tratează personalitatea borderline consideră adesea că rigorile tratamentului le pun serios la încercare abilitățile profesionale şi răbdarea. Şedințele de tratament pot fi furtunoase, frustrante şi imprevizibile. Perioadele de tratament avansează ca melcul şi pot necesita ani de zile pentru realizarea unei schimbări

adevărate. Mulți pacienți borderline abandonează terapia în primele luni.

Tratamentul este atât de dificil pentru că persoanele borderline răspund la el așa cum fac și în alte relații personale. Persoana borderline îl poate vedea acum pe terapeut ca blând și grijuliu, pentru ca în clipa următoare acesta să fie înșelător și intimidant.

În terapie, persoana borderline poate fi extrem de solicitantă, dependentă și manipulativă. Nu este deloc neobișnuit ca un pacient borderline să sune fără încetare la telefon între ședințe, iar apoi să apară pe neașteptate în cabinetul terapeutului, amenințând că-și face rău corporal dacă terapeutul nu face o ședință cu el imediat. Tiradele furioase împotriva terapeutului și a procesului de terapie sunt obișnuite. Adesea, persoana borderline poate percepe foarte bine sensibilitățile terapeutului, stimulându-i, în cele din urmă, furia, frustrarea, îndoiala de sine și sentimentul de neputință.

Dată fiind marea varietate de posibile cauze ale TPB și comportamentele extreme implicate, există o gamă largă predictabilă de metode de tratament. Conform „Îndrumarului de tratament al pacienților cu tulburare de personalitate borderline" al Asociației Psihiatrice Americane, „principalul tratament pentru tulburarea de personalitate borderline este psihoterapia, completată de medicație centrată pe simptom".[1] Psihoterapia poate fi realizată în ședințe de terapie individuale, de grup sau de familie. Se poate face în spital sau în afara acestuia. Abordările terapeutice pot fi combinate, cum ar fi cea individuală cu cea de grup. Unele abordări terapeutice sunt mai „psihodinamice", adică pun accentul pe

[1] Asociația Americană de Psihiatrie, „Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 158 (Suplimentul din octombrie 2001): 4.

legătura dintre experiențele din trecut, emoțiile inconștiente și comportamentele actuale. Alte abordări sunt mai cognitive și directive, focalizate mai mult pe schimbarea comportamentelor curente decât pe explorarea cu necesitate a motivațiilor inconștiente. Unele terapii sunt limitate în timp, însă cele mai multe sunt deschise.

Unele tratamente sunt evitate de obicei. Modificarea strict comportamentală este folosită arareori. Psihanaliza clasică pe canapea, cu folosirea „asocierii libere" într-un mediu nestructurat, poate fi devastatoare pentru persoana borderline, ale cărei apărări primitive pot fi copleșitoare. Întrucât hipnoza poate produce o stare de transă nefamiliară ce poate conduce la panică sau chiar la psihoză, și ea este evitată, de regulă, ca tehnică terapeutică.

SCOPURILE TERAPIEI

Toate variantele de tratament au ca țintă un scop comun: o funcționare mai eficientă într-o lume percepută ca mai puțin derutantă, mai puțin dureroasă și mai plăcută. Procesul implică, de obicei, dezvoltarea înțelegerii comportamentelor curente neproductive. Aceasta este partea ușoară. Mai dificil este procesul de revocare a vechilor reflexe și de dezvoltare a unor noi moduri de gestionare a factorilor de stres ai vieții.

Cea mai importantă parte a oricărei terapii este relația dintre pacient și terapeut. Această interacțiune formează baza încrederii, constanței obiectului și a intimității emoționale. Terapeutul trebuie să devină o figură de încredere, o oglindă care să reflecte o identitate coerentă în dezvoltare. Pornind de la această relație, persoana borderline învață să extindă și asupra altora așteptările adecvate și încrederea.

Principalul scop al terapeutului este să lucreze în direcția pierderii (nu a păstrării) pacientului său. Acest lucru se realizează prin îndreptarea atenției pacientului spre examinarea anumitor zone, nu prin exercitarea vreunui control asupra lui. Deşi terapeutul are rol de copilot, indicând zonele de interes şi restabilind traseul în condiții de furtună, pacientul este acela care trebuie să rămână ferm pe poziția pilotului. Familia şi cei dragi iau parte uneori şi ei la această călătorie. Un obiectiv major este ca pacientul să se întoarcă acasă şi să-şi îmbunătățească relațiile, nu să le abandoneze.

Unii oameni se tem de psihiatrie şi psihoterapie, percepând procesul ca pe o formă de „control al minții" sau modificare comportamentală comisă asupra pacienților neajutorați şi dependenți, care sunt transformați în roboți de către hipnotizatori cu barbă gen Svengali. Scopul psihoterapiei este să ajute pacientul să se maturizeze şi să dobândească o mai mare libertate şi demnitate personală. Din păcate, aşa cum unii oameni cred în mod eronat că poți fi hipnotizat împotriva voinței tale, la fel, unii cred că poți fi „terapeutizat" împotriva propriei voințe. Cultura populară, mai ales filmele de cinema, portretizează adesea psihiatrul fie ca pe un nebun bombănitor, care are mai multă nevoie de tratament decât pacienții săi, fie ca pe un criminal genial abject. Asemenea frici iraționale pot lipsi oamenii de şansa de a scăpa de captivitatea autoimpusă şi de a ajunge la autoacceptare.

DURATA TERAPIEI

Din cauza predominanței anterioare a psihanalizei, care necesită, în mod caracteristic, câțiva ani de tratament frecvent şi intensiv, majoritatea oamenilor

consideră orice formă de psihoterapie ca fiind de durată şi, ca atare, foarte costisitoare. Adăugarea medicaţiei şi a tratamentelor specializate în arsenalul terapeutic reprezintă un răspuns la nevoia de metode de tratament practice şi accesibile ca preţ. Oasele rupte se sudează la loc şi infecţiile se vindecă, dar cicatricile psihicului pot necesita un tratament mai lung.

Dacă terapia se termină repede, se poate ridica întrebarea dacă nu a fost prea superficială. Dacă se extinde pe durata mai multor ani, te poţi întreba dacă nu este doar un joc intelectual care îi îmbogăţeşte pe psihoterapeuţi şi îi aduce în sclavie financiară pe pacienţii lor dependenţi şi neajutoraţi.

Cât ar trebui să dureze psihoterapia? Răspunsul depinde de scopurile specifice. Rezolvarea unor simptome-ţintă specifice — cum ar fi depresia, anxietatea severă sau izbucnirile temperamentale — poate fi realizată în perioade relativ scurte, de ordinul săptămânilor şi lunilor. Dacă scopul este o restructurare mai profundă, va fi necesară o perioadă mai lungă. TPB „se vindecă", de obicei, în timp. Aceasta înseamnă că pacientul, conform definiţiei stricte, nu mai prezintă cinci din cele nouă criterii definitorii din *DSM-IV*. Însă unii indivizi continuă să sufere simptome incapacitante, care pot necesita continuarea tratamentului.

Terapia poate fi întreruptă. Nu este neobişnuit ca persoanele borderline să se implice în serii de terapie diferite, cu terapeuţi şi tehnici diferite. Întreruperile terapiei pot fi utile pentru sedimentarea ideilor sau punerea în practică a noilor moduri de înţelegere, ori pur şi simplu pentru a-şi vedea de viaţă şi a avea timp pentru creştere şi maturizare. Limitele financiare, schimbările de viaţă semnificative sau doar nevoia de respiro faţă de intensitatea tratamentului pot cere o pauză. Uneori, poate fi nevoie de ani de terapie pentru realizarea unor schimbări

funcționale substanțiale. Când schimbările se petrec lent, poate fi dificil de stabilit dacă este nevoie de mai mult travaliu terapeutic sau dacă „mai bine nu se poate". Terapeutul trebuie să țină cont atât de înclinația persoanei borderline de a fugi de confruntarea cu comportamentele sale nesănătoase, cât şi de tendința sa de a se agăța dependent de terapeut (şi de alții).

Pentru unele persoane borderline terapia poate să nu se încheie niciodată formal. Ele pot obține mari beneficii din continuarea intermitentă a contactelor cu un terapeut în care au încredere. Asemenea aranjamente vor fi considerate „opriri de alimentare" pe drumul către o mai mare independență, presupunând că pacientul nu se conduce în viață bazându-se pe aceste contacte.

CUM FUNCȚIONEAZĂ PSIHOTERAPIA

După cum vom vedea în capitolul următor, pentru tratamentul TPB există câteva abordări terapeutice încetățenite. Ele pot fi puse în practică la nivel individual, de grup sau familie. Majoritatea sunt derivate din două orientări principale: *psihoterapia psihodinamică* şi *terapia cognitiv-comportamentală*. În cadrul primeia, discutarea trecutului şi a prezentului este folosită pentru descoperirea tiparelor ce pot făuri un viitor mai productiv. Această formă de terapie este mai intensă, cu mai multe şedințe pe săptămână, durând, de obicei, mai mult timp. Terapia eficace trebuie să aibă un format structurat, congruent, cu scopuri clare. Trebuie totodată să fie flexibilă şi să se adapteze la nevoile fluctuante. Abordările cognitiv-comportamentale se concentrează pe schimbarea proceselor de gândire actuale şi a comportamentelor repetitive care produc disfuncționalitate; o astfel de terapie este mai

puțin preocupată de trecut. Tratamentul este mai centrat pe problemă şi adesea limitat în timp. Unele programe de terapie îmbină ambele orientări.

Oricare ar fi structura, terapeutul încearcă să orienteze clienții către examinarea propriei lor experienţe şi le facilitează exersarea unor noi comportamente. În ultimă instanță, pacientul începe să-şi accepte propriile alegeri în viață şi să-şi schimbe imaginea de sine ca pion neajutorat mişcat de forțe aflate dincolo de controlul său. O mare parte a acestui proces apare din relația primară dintre terapeut şi pacient. Adesea, în orice terapie ambii dezvoltă sentimente intense, numite *transfer* şi *contratransfer*.

TRANSFERUL

Transferul se referă la proiectarea nerealistă de către pacient asupra terapeutului a unor sentimente şi atitudini trăite anterior față de alte persoane importante din viața pacientului. De exemplu, un pacient se poate înfuria foarte tare pe doctor, dar nu din cauza a ceea ce îi spune doctorul, ci a sentimentului că doctorul seamănă foarte mult cu mama pacientului, care în trecut îi stimulase foarte mult furia. Sau o pacientă poate simți că s-a îndrăgostit de terapeutul ei, care reprezintă o figură paternă protectoare atotputernică din fantasma ei. În sine, transferul nu este nici pozitiv, nici negativ, dar este întotdeauna o distorsiune, o proiecție a emoțiilor din trecut asupra obiectelor din prezent.

Transferul borderline este, foarte probabil, unul extrem de instabil, la fel ca alte aspecte din viața pacientului. Persoana borderline îl va considera acum pe terapeut drept grijuliu, capabil şi sincer, pentru ca în clipa următoare să-l vadă drept înşelător, diabolic şi insensibil. Aceste distorsiuni fac foarte dificilă stabilirea unei alianțe

cu terapeutul. Însă cu toate acestea, stabilirea şi păstrarea acestei alianţe este partea cea mai importantă a oricărui tratament.

În fazele de început ale terapiei, persoana borderline tânjeşte şi în acelaşi timp se teme de apropierea de terapeut. Ea vrea să se aibă grijă de ea, dar se teme să nu fie copleşită şi ţinută sub control. Poate încerca să-l seducă pe doctor ca să aibă grijă de ea şi să se revolte împotriva încercărilor acestuia de „a-i controla viaţa". Pe măsură ce terapeutul rămâne calm şi congruent în faţa acestor tirade, începe să se dezvolte constanţa obiectului — persoana borderline începe să aibă încredere că terapeutul nu o va abandona. De pe acest promontoriu de încredere, persoana borderline se poate aventura în crearea de noi relaţii şi stabilirea unor contacte mai încrezătoare. Însă iniţial, asemenea prietenii pot fi dificil de susţinut de către persoana borderline, care în trecut percepea începerea de noi alianţe ca pe o formă de lipsă de loialitate. Se poate teme chiar că partenerul, prietenul sau terapeutul poate deveni gelos şi furios dacă îşi lărgeşte reţeaua contactelor sociale.

Pe măsură ce persoana borderline progresează, se instalează într-o dependenţă mai confortabilă şi de încredere. Însă când se pregăteşte de încheiere, pot apărea din nou tulburări în relaţie. Poate tânji după vechiul mod de funcţionare şi să-i displacă necesitatea de a merge înainte; se poate simţi ca un înotător obosit, care îşi dă seama că a înotat dincolo de jumătatea lacului şi acum în loc să se întoarcă trebuie să continue să înoate până la malul celălalt înainte să se odihnească.

Tot în acest moment, persoana borderline trebuie să gestioneze faptul că este un individ separat şi să admită că el, şi nu terapeutul, a realizat schimbarea. Asemenea lui Dumbo, care la început îşi atribuie capacitatea de a zbura „penei lui magice", dar apoi îşi dă seama că zborul

se datorează propriului lui talent, la fel şi persoana borderline trebuie să înceapă să-şi recunoască şi să-şi accepte propria capacitate de a funcţiona independent. Şi trebuie să dezvolte noi mecanisme de a face faţă, care să le înlocuiască pe cele care nu mai funcţionează.

Pe măsură ce persoana borderline face progrese, intensitatea transferului scade. Furia, comportamentele impulsive şi oscilaţiile de dispoziţie — adesea îndreptate către terapeut — devin mai puţin severe. Dependenţa panicată poate păli treptat, fiind înlocuită de o tot mai mare siguranţă de sine; erupţiile de furie sunt tot mai rare, fiind înlocuite de o mai mare hotărâre de a fi la cârma propriei vieţi. Nerăbdarea şi capriciile scad, pentru că persoana borderline începe să dezvolte un sentiment separat al identităţii ce poate evolua fără nevoia unui ataşament parazitar.

CONTRATRANSFERUL

Contratransferul se referă la reacţiile emoţionale ale terapeutului faţă de pacient, care se bazează mai puţin pe consideraţii realiste, cât mai ales pe experienţele din trecut şi pe nevoile terapeutului. Un exemplu este un doctor care îl percepe pe pacient mai neajutorat şi mai în nevoie decât este acesta cu adevărat, din cauza nevoii doctorului de a fi de ajutor, de a se percepe pe sine ca plin de compasiune şi de a evita confruntarea.

Persoana borderline este adesea foarte receptivă în ceea ce-i priveşte pe ceilalţi, inclusiv pe terapeut. Această sensibilitate provoacă adesea emoţiile nerezolvate ale terapeutului. Propria nevoie a doctorului de apreciere, afecţiune şi control îi poate stârni comportamente inadecvate. El poate fi prea protector faţă de pacient şi îi poate încuraja dependenţa. Poate exercita un control prea rigid asupra pacientului, pretinzându-i acestuia să

aplice recomandările pe care i le face. Se poate plânge de propriile sale probleme şi îi poate sugera pacientului să aibă grijă de el. Poate extrage informaţii de la pacient în scopul obţinerii unor câştiguri financiare sau pentru simpla sa plăcere. Poate avea chiar şi o relaţie sexuală cu pacientul, pentru „a-i preda intimitatea". Terapeutul poate justifica toate acestea ca fiind necesare unui pacient „foarte bolnav", dar în realitate îşi satisface astfel doar propriile nevoi. Aceste emoţii contratransferenţiale stau la baza celor mai multe exemple de comportamente lipsite de etică ale unui doctor sau terapeut învestit cu încredere de către pacientul său.

Persoana borderline poate provoca în terapeut sentimente de furie, frustrare, îndoială şi deznădejde care le oglindesc pe ale sale. Stimulându-i-se emoţii care îi pun la încercare propria valoare profesională, terapeutul poate simţi o ură contratransferenţială autentică faţă de pacient, considerându-l intratabil. Tratamentul personalităţii borderline poate fi atât de enervant, încât termenul „borderline" a fost folosit uneori incorect de profesionişti ca etichetă peiorativă pentru orice pacient care este extrem de iritant sau care nu răspunde bine la terapie. În aceste cazuri, termenul „borderline" reflectă mai corect frustrarea contratransferenţială a terapeutului, şi nu un diagnostic ştiinţific al pacientului său.

„POTRIVIREA" PACIENT-TERAPEUT

Toate tratamentele descrise în această carte pot fi abordări productive pentru pacientul borderline, deşi niciuna dintre tehnicile terapeutice nu a fost dovedită ca fiind curativă în mod uniform în toate cazurile. Singurul factor care pare să coreleze într-un mod semnificativ cu

progresul este o relație pozitivă reciproc respectuoasă între pacient și terapeut.

Chiar când un doctor are succes în tratarea unuia sau mai multor pacienți borderline, acest lucru nu garantează automat succesul și în tratarea altora. Principalul factor determinant al succesului este, de obicei, un sentiment pozitiv, optimist, împărtășit de participanți — un fel de „potrivire" pacient–terapeut.

O bună potrivire este dificil de definit precis, dar se referă la capacitatea pacientului și terapeutului de a tolera turbulențele previzibile ale terapiei simultan cu păstrarea unei alianțe solide pe măsură ce terapia înaintează.

ROLUL TERAPEUTULUI

Întrucât tratamentul TPB poate necesita combinarea mai multor terapii — psihoterapie individuală, de grup și de familie, medicație și spitalizare —, rolul terapeutului în tratament poate fi pe atât de variat câte terapii sunt disponibile. Doctorul poate fi direct sau nondirectiv; poate face spontan recomandări și sugestii sau poate iniția mai puține schimburi verbale, așteptându-se de la pacient să-și asume o mai mare parte a procesului terapeutic. Mai important decât un anumit doctor sau metoda de tratament este sentimentul de confort și încredere simțit atât de pacient, cât și de terapeut. Ambii trebuie să perceapă din partea celuilalt angajament, încredere și parteneriat autentic.

Pentru realizarea acestui sentiment reciproc de confort, atât pacientul, cât și doctorul trebuie să înțeleagă și să împărtășească obiective comune. Ei trebuie să cadă de acord asupra metodelor și să aibă stiluri compatibile. Cel mai important, terapeutul trebuie să își dea seama când tratează un pacient borderline.

Terapeutul ar trebui să bănuiască faptul că are de-a face cu TPB când primeşte un pacient al cărui trecut psihiatric conţine diagnostice contradictorii, spitalizări multiple sau încercarea multor medicaţii. Pacientul poate spune că „a fost dat afară" din terapii anterioare şi că a devenit persona non grata la camera de gardă a spitalului local, ajungând acolo de suficient de multe ori încât personalul medical să-i fi pus şi o poreclă (cum ar fi „Eddie Supradoză").

Un doctor cu experienţă va putea totodată să aibă încredere în reacţiile sale contratransferenţiale faţă de pacient. Persoanele borderline stârnesc, de regulă, reacţii emoţionale foarte puternice din partea celorlalţi, inclusiv din partea terapeuţilor. Dacă la începutul evaluării terapeutul simte dorinţa puternică de a proteja sau salva pacientul, dacă simte responsabilitate pentru pacient sau o furie extremă faţă de acesta, atunci ar trebui să-şi dea seama că răspunsurile sale intense pot constitui reacţii la o personalitate borderline.

ALEGEREA UNUI TERAPEUT

Terapeuţi cu stiluri diferite pot fi la fel de buni pentru pacienţii borderline. Invers, doctori care au o competenţă specială sau un interes deosebit în TPB şi care se descurcă bine, în general, cu pacienţii borderline nu pot garanta succesul cu fiecare pacient.

Un pacient poate alege dintr-o largă varietate de profesionişti în sănătate mentală. Deşi psihiatrii, în urma pregătirii lor medicale, au contact ani întregi cu tehnicile de psihoterapie (şi, ca medici, sunt singurii profesionişti capabili să gestioneze bolile medicale asociate, prescriind medicamente şi facilitând spitalizarea), şi alţi profesionişti competenţi — psihologi, asistenţi sociali, consilieri, asistente medicale de psihiatrie — se pot specializa în psihoterapia cu pacienţi borderline.

În general, un terapeut care lucrează bine cu TPB posedă anumite calități pe care un pacient le poate recunoaşte de obicei. El ar trebui să aibă experiență în tratarea TPB şi să rămână tolerant şi deschis, pentru a ajuta pacientul să-şi dezvolte constanța obiectului (vezi Capitolul 2). El ar trebui să fie flexibil şi inovator, pentru a se adapta contorsiunilor prin care poate trece terapia cu un borderline. Ar trebui să aibă simțul umorului sau, cel puțin, un simț clar al proporțiilor, pentru a oferi pacientului un model adecvat şi pentru a se proteja de intensitatea neobosită pe care o cere o asemenea terapie.

Aşa cum un doctor evaluează pacientul în timpul interviurilor inițiale de anamneză, la fel şi pacientul îl evaluează pe doctor, pentru a determina dacă pot lucra împreună eficient.

Mai întâi, pacientul trebuie să ia în considerare dacă se simte confortabil cu personalitatea şi stilul terapeutului. Va putea vorbi cu el deschis şi sincer? Este prea intimidant, prea agresiv, prea moale, prea seducător?

În al doilea rând, evaluarea şi scopurile terapeutului coincid cu cele ale pacientului? Tratamentul ar trebui să fie o colaborare în care ambele părți împărtăşesc aceeaşi perspectivă şi folosesc acelaşi limbaj. Ce ar trebui să se spere să se realizeze prin terapie? Cum vei şti când vei ajunge acolo? Cât ar trebui să dureze?

În fine, metodele recomandate sunt acceptabile pentru pacient? Ar trebui să existe un acord asupra tipului de psihoterapie propus şi a frecvenței şedințelor. Doctorul şi pacientul se întâlnesc individual sau împreună cu alții? Va fi o combinație de abordări care ar putea include, să zicem, terapie individuală săptămânală, împreună cu întâlniri intermitente comune cu pacientul şi partenerul acestuia? Terapia va fi mai degrabă exploratorie sau de susținere? Este probabilă folosirea medicației sau spitalizării? Ce fel de medicamente şi care spitale?

Această perioadă inițială de evaluare necesită cel puțin un interviu, dar adesea mai multe. Atât pacientul, cât și doctorul ar trebui să-și evalueze abilitățile și disponibilitatea de a lucra unul cu celălalt. O asemenea evaluare ar trebui acceptată ca un fel de interacțiune „fără vină": este irelevant și probabil imposibil să se dea vina pe terapeut sau pacient pentru incapacitatea de a stabili o relație. Este necesar doar să se determine dacă este posibilă o alianță terapeutică. Totuși, dacă un pacient continuă să considere inacceptabil fiecare psihoterapeut cu care discută, atunci trebuie pus sub semnul întrebării angajamentul său față de tratament. Poate că se află în căutarea doctorului „perfect" care să aibă grijă de el sau pe care îl poate manipula. Sau ar trebui să ia în considerare posibilitatea că pur și simplu evită terapia și că ar trebui, poate, să aleagă un terapeut imperfect și să-și continue sarcina de a se face bine.

O A DOUA OPINIE

Odată ce terapia se derulează, nu este neobișnuit ca tratamentul să se oprească și să reînceapă sau ca forma de terapie să se schimbe în timp. Ajustările pot fi necesare, pentru că persoana borderline poate avea nevoie de schimbări în tratament, pe măsură ce progresează.

Însă uneori este dificil să faci diferența între un blocaj al terapiei și ajungerea la probleme dureroase; uneori este dificil să separi dependența și teama de a continua de conștientizarea agonizantă a unor probleme nerezolvate. În asemenea momente, apare întrebarea dacă să se continue să se procedeze la fel ca până atunci sau să se facă un pas înapoi pentru reorganizare. Tratamentul ar trebui să înceapă să includă și membrii familiei? Ar trebui luată în considerare terapia de grup? Terapeutul și pacientul ar trebui să reevalueze medicația? În acest moment ar fi indicată

consultarea unui alt medic. Adesea, terapeutul este cel care va sugera acest lucru, dar uneori pacientul trebuie să aibă în vedere şi singur această opţiune.

Deşi pacientul se poate teme că un medic se va simţi ofensat de cererea unei a doua opinii, un terapeut competent şi sigur pe el nu va obiecta şi nici nu va deveni defensiv în faţa unei asemenea cereri. Însă această zonă trebuie explorată în terapie, pentru a evalua dacă dorinţa pacientului pentru o a doua opinie este, de fapt, o fugă de problemele dificile sau reprezintă un reproş furios inconştient. O a doua opinie poate fi utilă atât pentru pacient, cât şi pentru doctor prin faptul că oferă o perspectivă proaspătă asupra progreselor tratamentului.

OBŢINEREA A TOT CE SE POATE DIN TERAPIE

Considerarea tratamentului drept o alianţă de colaborare este cel mai important pas în maximizarea rezultatelor terapiei. Persoana borderline pierde adesea din vedere acest principiu primordial. În schimb, ea abordează uneori tratamentul de parcă scopul ar fi să-i facă pe plac doctorului sau să se lupte cu el, de a fi luată în grijă sau de a se preface că nu are nicio problemă. Unii pacienţi văd în terapie un prilejd de a scăpa, de a se răzbuna sau de a-şi face un aliat. Dar adevăratul scop al terapiei ar trebui să fie să *se facă bine*.

Persoana borderline poate avea nevoie să i se reamintească frecvent parametrii terapiei. Ar trebui să înţeleagă regulile de bază, inclusiv disponibilitatea şi limitele doctorului, constrângerile de timp şi resurse şi scopurile agreate de comun acord.

Pacientul nu trebuie să piardă din vedere faptul că îşi dedică în mod curajos propria persoană, timpul şi resursele sarcinii înfricoşătoare de a încerca să se înţeleagă mai bine pe sine şi de a-şi modifica tiparele de viaţă. Prin

urmare, sinceritatea în terapie este de o importanță capitală pentru binele *pacientului*. El nu trebuie să ascundă zonele dureroase sau să facă jocuri cu terapeutul căruia i-a încredințat îngrijirea sa. El trebuie să-şi abandoneze nevoia de control sau dorința de a fi plăcut de către terapeut. În căutarea sa de a satisface un anumit rol, persoana borderline poate pierde din vedere faptul că nu intră în obligația ei să placă terapeutului, ci să lucreze cu acesta ca partener.

Cel mai important, pacientul trebuie să simtă întotdeauna că el colaborează activ în tratamentul său. Trebuie să evite atât extrema asumării unui rol complet pasiv, în care se lasă total pe mâna doctorului, cât şi extrema asumării unui rol de rival concurent şi arțăgos, care nu este dispus să asculte ceea ce-i oferă terapeutul. Formarea unei relații viabile cu terapeutul devine prima şi, inițial, cea mai importantă sarcină a persoanei borderline la începerea drumului său către sănătatea mentală.

ABORDĂRI TERAPEUTICE

Mulți clinicieni împart orientările terapeutice în tratamente exploratorii şi de susținere. Deşi ambele stiluri se suprapun, ele se deosebesc prin intensitatea terapiei şi tehnicile utilizate. După cum vom vedea în capitolul următor, pentru tratarea TPB se folosesc mai multe strategii terapeutice. Unele folosesc un stil sau altul; altele combină elemente din ambele stiluri.

TERAPIA EXPLORATORIE

Psihoterapia exploratorie este o modificare a psihanalizei clasice. Şedințele se desfăşoară, de obicei, de două sau mai multe ori pe săptămână. Această formă de terapie

este mai intensă decât terapia de susținere și are un scop mai ambițios — să modifice structura personalității. Terapeutul oferă puține îndrumări pacientului, utilizând, în schimb, confruntarea pentru a sublinia distructivitatea anumitor comportamente specifice și pentru a interpreta antecedenții inconștienți, în speranța eradicării lor.

Ca și în formele de terapie mai puțin intense, atenția este centrată pe problemele de aici-și-acum. Este importantă reconstruirea autogenetică, cu concentrarea sa pe problemele de dezvoltare și din copilărie, dar accentul pus pe ea nu este așa de mare ca în psihanaliza clasică. Scopurile principale al stadiilor de început ale tratamentului sunt: diminuarea comportamentelor autodistructive și perturbatoare pentru procesul terapeutic (inclusiv încheierea prematură a terapiei); întărirea angajamentului pentru schimbare al pacientului și stabilirea unei relații de încredere între pacient și doctor. Stadiile ulterioare pun accentul pe procesul de formulare a unui sentiment al identității diferit și autoacceptat, pe stabilirea unor relații constante și de încredere și pe tolerarea singurătății și a separărilor (inclusiv despărțirea de terapeut) într-un mod adaptativ.[2, 3]

În terapia exploratorie transferul este mai intens și mai pronunțat față de cel din terapia de susținere. Dependența de terapeut împreună cu idealizarea și desconsiderarea sunt trăite mai intens, ca în psihanaliza clasică.

TERAPIA DE SUSȚINERE

Psihoterapia de susținere are loc, de regulă, o dată pe săptămână. Sfaturile directe, educația și liniștirea

---

[2] Otto Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (New York: Jason Aronson, 1975).

[3] James F. Masterson, *Psychotherapy of the Borderline Adult* (New York: Brunner/Mazel, 1976).

înlocuiesc confruntarea şi interpretarea materialului inconştient, folosite în mod tipic în terapia exploratorie.

Această abordare este mai puţin intensă şi are rolul de a sprijini mai mult apărările adaptative decât terapia exploratorie. În terapia de susţinere, doctorul poate reîntări reprimarea, descurajând discutarea amintirilor dureroase ce nu pot fi rezolvate. În loc să investigheze rădăcinile preocupărilor obsesive minore, terapeutul le poate încuraja ca „hobby-uri" sau excentricităţi minore. De exemplu, nevoia unui pacient de a-şi menţine apartamentul lună poate să nu fie disecată pentru a i se afla cauzele, ci să fie recunoscută ca mijloc adecvat de păstrare a sentimentului de stăpânire şi control când se simte copleşit. Acest lucru contrastează cu psihanaliza, în care scopul este analiza apărărilor şi apoi eradicarea lor.

Focalizându-se pe probleme curente, mai practice, terapia de susţinere încearcă mai degrabă să înăbuşe comportamentele autodistructive şi suicidare decât să le exploreze în totalitate. Acţiunile impulsive şi relaţiile interpersonale haotice sunt identificate şi abordate direct, fără înţelegerea neapărată a factorilor subiacenţi care le-au cauzat.

Terapia de susţinere poate continua în mod regulat un timp, până să-şi scadă frecvenţa după necesităţi. Întâlnirile intermitente pot continua indefinit, iar continuarea disponibilităţii terapeutului poate fi foarte importantă. Terapia se termină treptat, când se formează alte relaţii de durată şi activităţile gratificante devin mai importante în viaţa pacientului.

În terapia de susţinere, pacientul tinde să fie mai puţin dependent de terapeut şi să aibă un transfer mai puţin intens. Deşi unii clinicieni argumentează că această formă de terapie are mai puţine şanse să producă schimbări de durată în pacienţii borderline, alţii au indus

modificări comportamentale semnificative cu acest tip de tratament la pacienții borderline.

TERAPIILE DE GRUP

Tratarea persoanei borderline într-un grup e foarte potrivită. Un grup îi permite pacientului borderline să-şi dilueze intensitatea emoțiilor îndreptate către un individ (cum ar fi terapeutul) prin recunoaşterea emoțiilor stimulate de alții. Într-un grup, un borderline îşi poate controla mai uşor lupta constantă dintre apropierea şi distanța emoțională; spre deosebire de terapia individuală, în care este întotdeauna în centrul atenției, pacientul borderline poate atrage sau evita atenția în cadrul unui grup. Uneori pot fi mai uşor acceptate abordările directe venite din partea altui membru al grupului decât din partea terapeutului idealizat sau devalorizat, pentru că un egal poate fi perceput ca o persoană care „înțelege cu adevărat prin ce trec". Natura pretențioasă, egocentrismul, retragerea izolantă, asprimea şi devianța socială a persoanei borderline pot fi combătute mai eficient de către membrii grupului. În plus, persoana borderline poate accepta mai uşor speranța, grija şi altruismul exprimate de grup.[4, 5, 6]

---

4 Norman D. Macaskill, „Therapeutic Factors in Group Therapy with Borderline Patients", *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1982): 61–73.

5 Wendy Froberg şi Brent D. Slife, „Overcoming Obstacles to the Implementation of Yalom's Model of Inpatient Group Psychotherapy", *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (1987): 371–388.

6 Leonard Horwitz, „Indications for Group Therapy with Borderline and Narcissistic Patients", *Bulletin of the Menninger Clinic* 1 (1987): 248–260.

Progresele altui membru al grupului pot servi ca model de creştere. Când un pacient dintr-un grup îşi atinge un obiectiv, el devine o inspiraţie pentru ceilalţi din grup, care i-au observat creşterea şi i-au împărtăşit, indirect, succesele. Rivalitatea şi concurenţa atât de caracteristice relaţiilor borderline sunt demonstrate pe viu în cadrul terapiei de grup şi pot fi identificate şi abordate în moduri care ar fi inaccesibile în terapia individuală. Într-un grup mixt (care conţine persoane borderline înalt şi slab funcţionale sau persoane care nu sunt borderline), toţi participanţii pot beneficia. Pacienţii mai sănătoşi pot oferi modele ale unor moduri mai adaptative de funcţionare. Iar pentru cei cu dificultăţi de exprimare a emoţiilor, persoanele borderline se pot revanşa demonstrând un mai mare acces la emoţii. În fine, un grup este un laborator experimental viu, în care persoana borderline poate încerca diferite tipare de comportament cu alţi oameni, fără riscul penalităţilor din „lumea de afară".

Cu toate acestea, trăsăturile care fac terapia de grup un tratament potenţial atractiv pentru persoanele cu borderline sunt exact aceleaşi din cauza cărora mulţi pacienţi refuză acest tip de terapie. Cerinţa imperioasă de atenţie individuală, invidia şi neîncrederea în ceilalţi, dorinţa şi teama contradictorie de apropiere intensă, toate contribuie la reticenţa multor pacienţi borderline de a intra într-un grup de tratament. Persoanele borderline mai înalt funcţionale pot tolera aceste frustrări ale terapiei de grup şi pot folosi experienţele „in vivo" pentru abordarea disfuncţiilor de relaţionare. Însă persoanele borderline slab funcţionale, de regulă, nu se înscriu în asemenea grupuri sau dacă o fac, nu rămân.

Pacientul borderline poate resimţi obstacole semnificative în grupul de terapie psihodinamică. Egocentrismul său şi lipsa lui de empatie îl împiedică deseori să se implice în problemele celorlalţi. Dacă preocupările

borderline sunt prea deviante sau materialul este prea intens, se poate simți izolat şi neconectat. De exemplu, un pacient care discută despre incestul din copilărie, practici sexuale deviante sau abuzul sever de substanțe, se poate teme că îi poate şoca pe ceilalți membri ai grupului. Şi, într-adevăr, unii membri nu pot face față materialelor supărătoare. Unii pacienți borderline pot împărtăşi sentimentul că nevoile lor nu sunt satisfăcute de către terapeut. În asemenea situații, pot încerca să aibă grijă unii de ceilalți în moduri în care îşi imaginează că se poate avea grijă de ei. Acest lucru poate conduce la contacte între pacienți în afara grupului şi la perpetuarea nevoilor de dependență pe măsură ce încearcă să „se trateze" reciproc. Relațiile amoroase sau de afaceri dintre membrii grupului se termină de obicei dezastruos, pentru că aceşti pacienți nu vor putea să folosească în mod obiectiv grupul pentru explorarea relației dintre ei, care adesea este doar o continuare a căutării neproductive de a fi luați în grijă de cineva.

Elaine, în vârstă de 29 de ani, a fost trimisă la terapie de grup după doi ani de psihoterapie individuală. Cea mai mare dintre patru surori, Elaine a fost abuzată sexual de tatăl ei începând de la vârsta de cinci ani, abuzurile continuând peste zece ani. Ea a perceput-o pe mamă ca slabă şi ineficientă, iar pe tată ca solicitant şi imposibil de mulțumit. În adolescență, ea a devenit cea care avea grijă de toată familia. În timp ce surorile ei s-au măritat şi au avut copii, Elaine a rămas singură, intrând la facultate şi terminând-o. A avut câteva prietene şi rare întâlniri amoroase. Singurele ei relații romantice au fost cu doi profesori mult mai în vârstă şi căsătoriți. Majoritatea timpului ei liber era dedicat organizării familiei, îngrijirii membrilor bolnavi ai familiei şi, în general, rezolvării problemelor familiei.

Izolată şi deprimată, Elaine a apelat la terapie individuală. Dându-şi seama de limitările funcționării ei sociale, a cerut ulterior să fie trimisă la terapie de grup. Acolo, a

intrat imediat în poziția celui ce-i ajută pe ceilalți, negând orice problemă proprie. Adesea se înfuria pe terapeut, pe care îl percepea ca neajutând suficient membrii grupului.

Membrii grupului au încurajat-o pe Elaine să-şi examineze probleme pe care nu şi le putuse confrunta înainte — constantele ei expresii faciale supărate şi intimidante şi schimburile ei verbale furioase în mod subtil. Deşi acest proces a durat multe luni frustrante, în cele din urmă şi-a putut recunoaşte disprețul față de femei, care devenise evident în cadrul grupului. Elaine şi-a dat seama că furia ei față de terapeutul bărbat era, de fapt, un transfer al furiei față de tatăl ei, şi şi-a conştientizat încercările compulsive de a repeta cu alți bărbați această relație tată–fiică. Elaine a început să experimenteze în grup noi moduri de a interacționa cu bărbații şi femeile. Simultan, a fost capabilă să se extragă din sufocanta imersiune în problemele familiei.

Majoritatea terapiilor standardizate (vezi Capitolul 8) combină tratamentul de grup cu cel individual. Unele abordări (cum ar fi Terapia Bazată pe Mentalizare [TBM]) sunt psihodinamice şi exploratorii, cu mai puține îndrumări din partea terapeutului. Altele (precum Terapia Dialectic-Comportamentală [TCD] şi Antrenamentul Sistemic pentru Predictabilitate Emoțională şi Rezolvare de Probleme [ASPERP]) sunt mai comportamentale, educative, de susținere, punând accentul pe prelegeri, „teme pentru acasă" şi sfaturi, spre deosebire de interacțiunile nondirective.

TERAPIILE DE FAMILIE

Terapia de familie este o abordare logică pentru tratamentul anumitor pacienți borderline, care adesea provin din relații disfuncționale cu părinți aflați în conflicte

continue, ce pot implica, în cele din urmă, propriul partener şi copiii persoanei borderline.

Deşi terapia de familie este realizată uneori cu pacienţi în ambulatoriu, ea este iniţiată deseori în momente de criză sau în timpul spitalizării. Într-un asemenea moment, împotrivirea familiei de a participa la tratament poate fi depăşită mai uşor.

Familiile persoanelor cu borderline evită adesea tratamentul din mai multe motive. Se pot simţi vinovate de problemele pacientului şi se tem să nu fie blamate pentru acestea. De asemenea, legăturile din sistemele familiale borderline sunt adesea foarte rigide; membrii familiei sunt deseori suspicioşi faţă de străini şi se tem de schimbare. Deşi membrii familiei pot fi complici la perpetuarea comportamentelor pacientului (conştient sau inconştient), atitudinea familiei este adesea de tipul „faceţi-l bine, dar nu daţi vina pe noi, nu ne implicaţi şi mai ales nu ne schimbaţi".

Totuşi, este imperativ să obţinem un sprijin din partea familiei, pentru că terapia poate fi sabotată fără acesta. Pentru adolescenţi şi adulţi tineri, terapia de familie implică pacientul şi părinţii săi, uneori şi fraţii. Pentru adultul borderline care este căsătorit sau implicat serios într-o relaţie romantică, terapia de familie îl va include pe soţ sau partener şi uneori îi va include şi pe copiii cuplului. (Din păcate, multe polițe de asigurare nu vor acoperi tratamentul numit „terapie maritală" sau tratament de familie.) Dinamica interacţiunii din familia borderline adoptă de obicei una dintre cele două extreme — fie foarte strânsă, fie foarte detaşată. În primul caz, este important să se formeze o alianţă cu toţi membrii familiei, întrucât fără sprijinul lor pacientul nu va putea menţine tratamentul în mod independent. Când familia este înstrăinată, terapeutul trebuie să evalueze atent potenţialul impact al implicării familiei:

dacă reconcilierea este posibilă şi sănătoasă, poate fi un obiectiv important; însă dacă reconcilierea pare să fie dăunătoare sau nerealistă, este posibil ca pacientul să fie nevoit să renunțe la fantezia reunirii. De fapt, plângerea pierderii unei relații familiale idealizate poate deveni o piatră de hotar majoră în terapie.[7] Membrii familiei care se opun unei psihoterapii exploratorii pot totuşi să fie dispuşi să se implice într-un format psihoeducațional cum sunt cele prezentate în programul de terapie ASPERP (vezi Capitolul 8).

Debbie, în vârstă de 26 de ani, a fost internată în spital cu un istoric de depresie, automutilare, alcoolism şi bulimie. Şedințele de evaluare a familiei au arătat o relație ambivalentă, dar, în esență, suportivă cu soțul ei. Terapia a început să se focalizeze pe episoade nedezvăluite anterior de abuz sexual comis de un băiat mai mare din vecini, care a început când pacienta avea circa opt ani. Pe lângă faptul că a abuzat-o sexual, acest băiat a forțat-o şi să bea alcool cu el, după care să-i bea urina din sticlă, pe care ea a vomat-o mai târziu. De asemenea, a tăiat-o când ea a încercat să-i refuze avansurile.

Aceste incidente din trecut erau puse din nou în scenă în patologia ei curentă. Pe măsură ce se dezvăluiau aceste amintiri, Debbie a devenit mai conştientă de furia îndelungată față de tatăl ei alcoolic, pasiv şi față de mama ei slabă şi dezinteresată, pe care o considerase incapabilă s-o protejeze. Deşi anterior menținuse o relație distantă şi superficială cu părinții ei, acum a cerut să se vadă cu ei într-o terapie de familie, pentru a le dezvălui vechile sale răni şi dezamăgirea față de ei.

---

7 Judith K. Kreisman şi Jerold J. Kreisman, „Marital and Family Treatment of Borderline Personality Disorder", în *Family Treatment of Personality Disorders: Advances in Clinical Practice*, ed. Malcolm M. MacFarlane (New York: Haworth Press, 2004): 117–148.

După cum prevăzuse, părinții ei au primit cu mare disconfort toate aceste dezvăluiri. Dar pentru prima dată Debbie a fost capabilă să înfrunte alcoolismul tatălui ei şi dezamăgirea pe care i-a produs-o, precum şi detaşarea mamei ei. În acelaşi timp, toți şi-au confirmat dragostea unora pentru ceilalți şi au recunoscut dificultatea de a o exprima. Cu toate că şi-a dat seama că nu vor fi schimbări semnificative în relația lor, Debbie a simțit că a realizat foarte mult şi accepta cu mai multă uşurință distanța şi eşecurile interacțiunilor familiale.

Abordările terapeutice din terapia de familie sunt similare celor din tratamentul individual. Este importantă cercetarea amănunțită a istoriei familiei, care poate include crearea unui arbore genealogic. O asemenea diagramă poate stimula explorarea felului în care bunicii, naşii, tizii sau alte rude importante au influențat interacțiunile familiale de-a lungul generațiilor.

La fel ca în terapia de grup şi individuală, abordările din terapia de familie pot fi în principal suportiv-educaționale sau explorator-reconstructive. În primele, principalele obiective ale terapeutului sunt: alianța cu familia; diminuarea conflictelor, a vinovăției şi apărărilor şi unirea lor în atingerea obiectivelor reciproc suportive. Terapia de familie explorator-reconstructivă este mai ambițioasă, fiind îndreptată către recunoaşterea rolurilor complementare ale membrilor în cadrul sistemului familial şi încercarea de schimbare activă a acestor roluri.

La un moment dat în terapie, Elaine s-a centrat pe relația ei cu părinții. După ce i-a abordat direct, dezvăluindu-le abuzul sexual al tatălui, a continuat să fie frustrată în legătură cu ei. Ambii părinți au refuzat alte discuții despre abuz şi au descurajat-o să continue terapia. Elaine era derutată de comportamentul lor — uneori erau foarte dependenți şi se agățau de ea, alteori se simțea infantilizată, mai ales când continuau s-o strige cu

porecla din copilărie. Elaine a cerut şedinţe de terapie de familie, pe care ei le-au acceptat cu reticenţă.

În timpul acestor şedinţe, tatăl lui Elaine a început să recunoască treptat că acuzaţiile ei erau adevărate, deşi a continuat să nege orice amintire directă a agresiunilor sale. Mama ei a realizat că, în multe privinţe, fusese indisponibilă emoţional faţă de soţul şi copiii ei, recunoscându-şi responsabilitatea indirectă pentru abuz. Elaine a aflat pentru prima dată că şi tatăl ei fusese abuzat sexual în copilărie. Terapia a continuat să scoată scheletele din dulapul familiei, stabilind o comunicare mai bună în familie. Elaine şi părinţii ei au început pentru prima dată să-şi vorbească unii altora ca nişte adulţi.

TERAPIILE ARTISTICE ŞI EXPRESIVE

Terapiile individuale, de grup şi de familie necesită ca pacienţii să-şi exprime gândurile şi sentimentele prin cuvinte, dar pacientul borderline este cumva handicapat în această zonă, fiind mult mai probabil să-şi exprime preocupările interioare mai degrabă prin acţiuni decât prin verbalizare. Terapiile expresive utilizează arta, muzica, literatura, mişcarea fizică şi dramatizarea pentru încurajarea comunicării în moduri netradiţionale.

În art-terapie, pacienţii sunt încurajaţi să creeze desene, picturi, colaje, autoportrete, sculpturi din lut, păpuşi ş.a.m.d., pentru a-şi exprima emoţiile din interior. Pacienţilor li se poate da un caiet cu file albe, în care sunt invitaţi să deseneze reprezentări ale diferitelor experienţe, cum ar fi secrete interioare, apropiere sau frici ascunse. Meloterapia utilizează melodiile şi versurile pentru a stimula emoţii care, altfel, ar fi inaccesibile. Adesea, muzica deblochează emoţii şi facilitează

meditația într-un mediu calm. Mișcarea corporală și dansul folosesc efortul fizic pentru exprimarea emoțiilor. Într-un alt tip de terapie expresivă numit „psihodramă", pacienții și „terapeutul-regizor" pun în scenă anumite probleme specifice ale pacientului. Biblioterapia este o altă tehnică terapeutică, în care pacienții citesc și discută literatură, povestiri scurte, piese de teatru, poezie, filme și clipuri video. *Cui i-e frică de Virginia Woolf?* a lui Edward Albee este o piesă de teatru populară, frecvent citită și mai ales jucată, pentru că scenele sale emoționante oferă un catarsis pe măsură ce pacienții recită replicile pline de furie și dezamăgire, ce reflectă problemele din propria lor viață.

Depresia cronică a Irenei era legată de abuzurile sexuale pe care trebuise să le îndure de la o vârstă fragedă din partea fratelui ei mai mare și pe care abia recent începuse să și le amintească. Trăind singură, la vârsta de 25 de ani, a fost copleșită de amintiri ale acestor contacte timpurii, iar în cele din urmă a cerut să fie spitalizată când depresia i s-a înrăutățit. Întrucât se simțea copleșită de vinovăție și autoblamare, nu era capabilă să-și comunice verbal amintirile sau să-și permită să simtă furia interioară.

În timpul unui program de terapie expresivă ce combina arta cu muzica, terapeuții au lucrat cu Irene pentru a o ajuta să devină mai conștientă de furia pe care o evita. Era încurajată să-și deseneze furia pe care o simțea, în timp ce în încăpere cânta tare o muzică rock foarte ritmată. Uimită ea însăși, a desenat penisuri, cărora le-a adăugat apoi mutilări desfigurante. Inițial a fost înfricoșată și jenată de aceste desene, dar ele au ajutat-o curând să-și conștientizeze și să-și accepte mai mult furia paroxistică și evidenta dorință de răzbunare.

Pe măsură ce discuta despre reacțiile ei emoționale față de desene, a început să descrie abuzurile din trecut și

sentimentele asociate. În cele din urmă, a început să vorbească tot mai deschis atât individual cu doctorii, cât şi în grupuri, ceea ce i-a oferit oportunitatea să-şi sporească puterea asupra acestor experienţe terifiante şi să le privească mai detaşat.

SPITALIZAREA

Pacienţii borderline reprezintă până la 20% dintre toţi pacienţii spitalizaţi la psihiatrie, iar TPB este de departe cea mai frecventă tulburare de personalitate întâlnită în spitale.[8] Tendinţele persoanei borderline către impulsivitate, comportamente autodistructive (suicid, supradoze) şi scurte episoade psihotice sunt elementele acute obişnuite care precipită spitalizarea.

Spitalul oferă un mediu structurat care ajută la conţinerea şi organizarea lumii haotice a persoanei borderline. Sprijinul şi implicarea altor pacienţi şi a personalului medical îi oferă pacientului borderline un feedback important, care îi pune în dificultate unele dintre percepţii şi i le validează pe altele.

Spitalul diminuează conflictele persoanei borderline din lumea exterioară şi îi oferă şanse mai mari de autoexaminare intensivă. De asemenea, îi oferă un respiro de la relaţiile intense cu lumea exterioară (inclusiv cu terapeutul său) şi îi permite difuzia acestei intensităţi asupra celorlalţi membri ai personalului spitalului. În acest

---

8 Thomas A. Widiger şi Allen J. Frances, „Epidemiology and Diagnosis, and Comorbidity of Borderline Personality Disorder", în *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, coord. Allen Tasman, Robert E. Hales, şi Allen J. Frances, vol. 8 (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1989): 8–24.

mediu mai neutru, pacientul își poate reevalua obiectivele personale și programul de terapie.

La început, pacientul borderline protestează, de regulă, față de internare, dar până la momentul externării, poate fi complet adaptat mediului spitalicesc, deseori temându-se de externare. Are o nevoie urgentă de a i se purta de grijă, dar în același timp poate deveni un lider al salonului, încercând să-i țină sub control și să-i „ajute" pe ceilalți pacienți. Uneori pare copleșit de problemele sale catastrofale; alteori manifestă multă creativitate și inițiativă.

În mod caracteristic, persoana borderline spitalizată dansează un fascinant *pas de deux* al clivajului și identificării proiective (vezi Capitolul 2 și Anexa B) cu membrii personalului. Unii membri ai personalului medical îl consideră un vagabonțel vrednic de milă, dar simpatic, alții îl văd ca pe un manipulator calculat, sadic. Aceste viziuni disparate apar când pacientul clivează personalul în proiecțiile atoatebun (suportiv, înțelegător) și atoaterău (pretențios, direct), așa cum procedează și cu ceilalți oameni din viața sa. Când membrii personalului acceptă proiecția făcută — „bun" („tu ești singurul care mă înțelege") și „rău" („de fapt, nu-ți pasă, vii doar pentru salariu") —, cercul identificării proiective este complet: conflictul izbucnește între personalul „bun" și cel „rău".

Prin această luptă, pacientul borderline spitalizat reiterează propriile tipare interpersonale din lumea de afară: o dorință seducătoare de protecție, care, în ultimă instanță, duce la dezamăgire și apoi la sentimente de abandon, iar în final la comportamente autodistructive și retragere emoțională.

SPITALIZAREA ACUTĂ

Din 1990, costurile tot mai mari ale îngrijirilor intraspitalicești și restricțiile mai mari din partea asigurărilor

au structurat programele de tratament din spital. Majoritatea internărilor din ziua de azi sunt precipitate de crize acute, potențial periculoase, printre care încercări de sinucidere, izbucniri violente, episoade psihotice sau autodistructive (abuz de droguri, bulimie/anorexie necontrolată etc.).

Spitalizările pe termen scurt durează câteva zile. În acest timp se face un examen fizic şi neurologic complet. Mediul spitalicesc este axat pe structură şi stabilirea limitelor. Se pune accent pe sprijin şi relații pozitive. Tratamentul se concentrează pe răspunsurile practice, adaptative, la tulburare. Sunt evaluate abilitățile vocaționale şi cele necesare traiului de zi cu zi. Când este cazul, sunt inițiate întâlniri comune cu familia. Un contract formal între pacient şi personalul medical poate ajuta la întărirea aşteptărilor şi limitelor reciproce. Un asemenea contract poate conține rezumatul programului zilnic de terapie pe care pacientul este obligat să-l urmeze, precum şi obiectivele specifice ale pacientului în spital, pe care personalul este de acord să le abordeze cu el.

Obiectivele principale ale spitalizării pe termen scurt includ rezolvarea crizelor şi oprirea comportamentelor distructive. De exemplu, soției unui pacient care se gândea să se împuşte i se va cere să elimine orice armă din casă. Sunt identificate şi întărite atuurile personale şi de mediu. Sunt dezvăluite sau reevaluate probleme de tratament importante şi poate fi recomandată schimbarea abordării psihoterapeutice sau a medicației. O explorare mai adâncă a acestor probleme este limitată într-o unitate spitalicească de scurtă durată, fiind urmărită mai riguros în ambulatoriu sau în cadrul unui program mai puțin intensiv, cum ar fi spitalizarea parțială. Dat fiind că preocuparea principală este reintegrarea pacientului în lumea exterioară cât mai repede posibil şi evitarea regresiei sau a dependenței de spital, planurile de

externare şi îngrijire postspitalizare încep imediat după internare.

SPITALIZAREA DE LUNGĂ DURATĂ

Astăzi, spitalizarea îndelungată a devenit destul de rară şi este rezervată persoanelor foarte bogate sau cu o asigurare excepţională, care acoperă şi bolile psihice. În multe cazuri în care este indicată îngrijirea pe termen lung, dar nu este necesară rămânerea într-un aşezământ 24 de ore din 24, terapia poate continua într-un mediu mai puţin restrictiv, cum ar fi spitalizarea parţială. Susţinătorii spitalizării pe termen lung recunosc pericolul regresiei şi al unui rol mai neajutorat, dar argumentează că adevărata schimbare de personalitate necesită un tratament intensiv extins, într-un mediu controlat. Printre indicatorii unei internări pe termen lung se numără motivaţia scăzută cronică, suport social inadecvat sau periculos (cum ar fi un sistem familial patologic), dizabilităţi severe de funcţionare ce împiedică păstrarea unei slujbe sau a autonomiei personale şi eşecuri repetate ale terapiei în ambulatoriu şi ale spitalizărilor scurte. Asemenea indicatori fac improbabilă reîntoarcerea timpurie în mediul exterior.

În timpul spitalizărilor mai lungi, mediul poate fi mai puţin rigid structurat. Pacientul este încurajat să împărtăşească mai mult responsabilitatea pentru tratament. Pe lângă problemele curente, practice, personalul şi pacientul explorează tiparele de comportament vechi, arhetipale, şi probleme transferenţiale. Spitalul poate funcţiona ca un laborator în care persoana borderline identifică probleme specifice şi experimentează soluţii prin interacţiunea cu personalul şi ceilalţi pacienţi.

În cele din urmă, Jennifer (vezi Capitolul 1) s-a internat în spital pe termen lung. Şi-a petrecut primele câteva

luni ascunsă în dulap — la propriu şi la figurat. Stătea adesea în dulapul din rezerva ei, ascunzându-se de personal. După o vreme, a devenit mai implicată în relaţia cu terapeutul ei, înfuriindu-se pe el şi încercând să-i provoace furia. În mod alternativ, când poruncea, când implora să fie lăsată să plece. Personalul rămânând ferm, ea a început să vorbească mai mult despre tatăl ei, despre felul în care era ca şi soţul ei, despre felul în care era ca toţi bărbaţii. Jennifer a început să-şi împărtăşească sentimentele personalului feminin, lucru care fusese întotdeauna dificil pentru ea, din cauza neîncrederii şi a lipsei ei de respect pentru femei. Ulterior în perioada acelei spitalizări, a decis să divorţeze de soţul ei şi să renunţe la custodia fiului său. Deşi aceste acţiuni au durut-o, le-a considerat un „egoism altruist" — încercarea de a avea grijă de ea era cel mai mare sacrificiu de sine şi cel mai tandru gest pe care îl putea face pentru cei dragi. În cele din urmă şi-a reluat studiile şi şi-a luat o diplomă de specialitate.

Scopurile spitalizării de lungă durată le depăşesc pe cele ale internării de scurtă durată — nu numai identificarea zonelor disfuncţionale, ci şi modificarea acestor caracteristici. Controlul sporit al impulsurilor, mai puţine oscilaţii de dispoziţie, o mai mare capacitate de a avea încredere şi de a relaţiona cu ceilalţi, un sentiment mai clar al identităţii şi o mai bună toleranţă la frustrare sunt cele mai clare semne ale succesului unui tratament intraspitalicesc. Obiectivele educaţionale şi vocaţionale pot fi atinse în timpul spitalizării extinse. Mulţi pacienţi sunt capabili să înceapă să lucreze sau să se înscrie la şcoală la momentul ieşirii din spital. Pot fi făcute şi schimbări ale modului de trai nesănătos — mutarea de acasă, divorţ etc.

Cel mai mare risc potenţial al spitalizării pe termen lung este regresia. Dacă personalul nu-l abordează direct şi nu-l motivează în mod activ pe pacientul borderline, acesta se

poate scufunda într-o poziție și mai neajutorată, în care este și mai dependent de ceilalți pentru a-i ghida viața.

SPITALIZAREA PARȚIALĂ

Îngrijirea în spital parțială (sau de zi) este un tip de tratament în care pacientul participă la activitățile din spital pe parcursul zilei, iar apoi, seara, se întoarce acasă. Programele de spitalizare parțială pot fi ținute și seara, după muncă sau școală, și pot permite dormitul în unitate când nu există alternative.

Această abordare îi permite persoanei borderline să-și continue implicarea în programul spitalului, beneficiind de intensitatea și structura îngrijirilor spitalicești și păstrându-și în același timp un trai independent. Dependența de spital apare mai rar decât în cazul internării pe termen lung. Întrucât spitalizarea parțială este mult mai puțin costisitoare decât internarea tradițională, ea este preferată de cele mai multe ori, din considerente financiare.

Persoanele borderline care au nevoie de un tratament mai intensiv, dar nu de supraveghere permanentă, care sunt în pericol de regresie severă dacă sunt internate, care sunt în faza de tranziție de la spital la lumea exterioară, care trebuie să-și urmeze studiile vocaționale sau academice simultan cu nevoia de a primi îngrijiri în spital sau care au resurse financiare sever limitate pot beneficia de acest tip de abordare. Mediul spitalicesc și obiectivele terapiei sunt similare cu cele ale programului cu internare asociat.

BENEFICIILE TRATAMENTULUI

După cum vom vedea în următoarele două capitole, tratamentul TPB combină, de obicei, abordările

psihoterapeutice standardizate cu medicația simptomelor specifice. Dacă pe vremuri TPB era considerată un diagnostic al lipsei de speranță și al iritării, acum știm că prognosticul este, în general, mult mai bun decât se credea înainte. Și mai știm că majoritatea acestor pacienți lasă în urmă haosul trecutului lor, continuând o viață productivă.

Procesul tratamentului poate fi anevoios. Dar la capătul călătoriei se deschid noi perspective.

„Vorbeai întotdeauna despre acceptarea necondiționată", îi spunea o pacientă borderline terapeutului ei, „și undeva în trecutul apropiat, am început s-o simt, în sfârșit. E minunat... Mi-ai oferit un spațiu sigur în care să mă dezvălui — să mă desfășor. Eram pierdută undeva în mintea mea. Mi-ai oferit suficientă acceptare și libertate, pentru ca, într-un final, să-mi pot lăsa adevăratul sine să iasă la iveală."

ABORDĂRI PSIHOTERAPEUTICE SPECIFICE

„În mine e un monstru... Mă sperie. Mă face s-o iau în sus şi în jos, înainte şi înapoi, şi urăsc asta. O să mor dacă nu mă lasă în pace."
(Din jurnalul unui pacient borderline)

„Adevărata viaţă e trăită când se petrec schimbări mici."
(Lev Tolstoi)

Tulburarea de personalitate borderline este una dintre bolile psihice majore pentru care mai multe studii demonstrează că terapiile psihosociale sunt mai eficace decât tratamentele farmacologice (medicamentoase). Astfel, spre deosebire de tratamentul majorităţii celorlalte tulburări, medicaţia este văzută doar ca o componentă secundară psihoterapiei. Nu numai că s-au dovedit a fi eficace mai multe abordări psihoterapeutice, dar anevoioasa şi uneori îndelungata întreprindere a psihoterapiei s-a dovedit, de asemenea, eficientă din punctul de vedere al costului în tratarea tulburărilor de personalitate.[1]

---

[1] Anna Bartak, Djora I. Soeteman, Roes Verheul et al., „Strengthening the Status of Psychotherapy for Personality Disorders: An

Psihoterapia ca tratament al TPB a parcurs o cale lungă de la publicarea primei ediții a acestei cărți. Sub influența unor cercetări riguroase și a rafinării constante de către clinicieni, au apărut două școli de terapie principale — abordarea cognitiv-comportamentală și cea psihodinamică. În ambele categorii au fost dezvoltate mai multe strategii distincte, fiecare dintre ele susținută de propriul set de principii teoretice și tehnici. Câteva strategii psihoterapeutice combină ședințele individuale cu cele de grup. Deși unele dintre ele sunt mai mult psihodinamice, iar altele mai mult comportamentale, majoritatea îmbină elemente din ambele. Toate folosesc o comunicare ce reflectă trăsăturile SET-UP, care au fost elaborate de primul autor și au fost discutate amănunțit în Capitolul 5: *Susținere* pentru pacient, *Empatie* pentru eforturile lui, confruntarea *Adevărului* sau cu problemele reale, împreună cu *Înțelegerea* problemelor și cu devotamentul față de *Perseverența* în tratament.

Susținătorii diverselor abordări terapeutice au încercat să-și standardizeze tehnicile terapeutice prin crearea unor manuale, de pildă, care să ajute practicienii în realizarea tratamentului specific. Astfel se speră ca terapia să fie condusă într-un mod congruent și la fel de eficace, indiferent de practician. (O analogie evidentă, deși poate nu prea inspirată, poate fi făcută cu o companie alimentară în franșiză, cum ar fi Starbucks sau McDonald's, care își standardizează ingredientele astfel încât cafeaua sau hamburgerii să aibă același gust, indiferent de locul de unde cumperi.) Standardizarea facilitează totodată și adunarea de date prin studii controlate, care pot susține sau respinge eficacitatea unei anumite abordări psihoterapeutice.

Teoria subiacentă standardizării este aceea că, așa cum nu contează cine îi dă pacientului Prozac (câtă

Integrated Perspective on Effects and Costs", *Canadian Journal of Psychiatry* 52 (2007): 803–809.

vreme este înghițit), la fel nu ar conta cine administrează psihoterapia, atâta vreme cât pacientul este în terapie. Însă interacțiunile interpersonale sunt, cu siguranță, diferite de ingerarea și digerarea unei pastile, așa încât probabil că este o naivitate să presupui că toți psihoterapeuții care urmează același manual vor produce aceleași rezultate cu pacienții. Într-adevăr, John G. Gunderson, doctor în medicină, pionier în studiul TPB, a arătat că autorii inițiali ai acestor tehnici de succes sunt binecuvântați cu o carismă pronunțată și cu o siguranță de sine pe care adepții lor s-ar putea să nu le posede neapărat.[2] În plus, mulți terapeuți ar putea considera prea inflexibilă o asemenea abordare rigid circumscrisă.[3]

Deși diferitele strategii de psihoterapie pun accentul pe ceea ce le diferențiază, ele au multe lucruri în comun. Toate încearcă să stabilească obiective clare cu pacienții. Un obiectiv principal timpuriu este împiedicarea comportamentelor autodistructive și a celor ce atacă tratamentul. Toate terapiile formale, „de manual", sunt intensive, necesitând un contact consecvent, de obicei, de mai multe ori pe săptămână. Toate aceste terapii recunosc nevoia ca terapeutul să aibă o înaltă calificare și susținere, și multe dintre ele îi cer obligatoriu supervizare și/sau colaborare cu alți membri ai echipei. Terapeuții sunt mult mai interactivi cu pacienții decât în psihanaliza tradițională. Întrucât aceste terapii sunt intensive ca timp și travaliu, costisitoare de regulă, și nu sunt acoperite în întregime de asigurările medicale (de pildă, asigurarea

---

2 John G. Gunderson, *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, 2nd ed. (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008): 242–243.

3 Cameo F. Borntrager, Bruce F. Chorpita, Charmaine Higa-McMillan et al., „Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practices: Are the Concerns with the Evidence or with the Manuals?", *Psychiatric Services* 60 (2009): 677–681.

medicală nu acoperă întâlnirile de echipă între terapeuți, obligatorii în terapia TCD formală — vezi mai departe în acest capitol), majoritatea studiilor de explorare a eficacității lor au fost realizate în universități sau în cadrul unor programe susținute prin fonduri destinate cercetării. Majoritatea protocoalelor de tratament comunitare şi private care încearcă să reproducă o anumită abordare sunt modificări prescurtate ale programelor formale.

Acum nu mai este vorba doar de „găsirea oricărui psihiatru care mă poate vindeca" (deşi, desigur, este posibil să ai noroc şi aşa). În societatea noastră complexă, pacientul ține cont, şi aşa ar şi trebui să facă, de tot felul de factori: timp şi costuri, experiența şi specializarea terapeutului şi aşa mai departe. Cel mai important, pacientul trebuie să se simtă confortabil cu terapeutul şi cu abordarea terapeutică specifică acestuia. Astfel, cititorul este sfătuit să citească restul acestui capitol şi în scopul familiarizării, măcar, cu abordările specifice, dat fiind că le va întâlni din nou la un moment dat în timpul procesului terapeutic.

TRATAMENTE COGNITIVE ŞI COMPORTAMENTALE

Abordările cognitiv-comportamentale se centrează pe schimbarea proceselor de gândire curente şi a comportamentelor repetitive incapacitante; acest tip de terapie este mai puțin preocupat de trecut ca abordările psihodinamice. Tratamentul este mai centrat pe problemă şi adesea mai limitat în timp.

TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ (TCC)

TCC, sistem de tratament elaborat de Aaron Beck, se centrează pe identificarea gândurilor şi comportamentelor

perturbatoare şi înlocuirea lor cu credinţe şi reacţii mai dezirabile.[4] Încercările active de punere în evidenţă a gândurilor distorsionate („sunt o persoană rea"; „toată lumea mă urăşte") şi a comportamentelor frustrante („aş putea să beau doar un singur pahar") sunt dublate de teme pentru acasă destinate schimbării acestor emoţii şi acţiuni. În acest scop pot fi folosite: antrenamentul asertivităţii, cursurile de gestionare a furiei, exerciţiile de relaxare şi protocoalele de desensibilizare. În mod tipic, TCC este limitată în timp şi mai puţin intensivă decât alte protocoale de tratament, prin urmare, mai puţin costisitoare. Următoarele programe de tratament sunt derivate din TCC.

TERAPIA COMPORTAMENTAL-DIALECTICĂ (TCD)[5]

Elaborată de dr. Marsha M. Linehan, în cadrul Universităţii din Washington, TCD este o variaţie a terapiei cognitiv-comportamentale standard, care a furnizat cele mai multe studii controlate ce-i demonstrează eficacitatea. *Dialectica* tratamentului se referă la obiectivul de a rezolva „contrariile" inerente cu care se confruntă pacienţii cu TPB; adică, nevoia de a negocia stările emoţionale contradictorii ale pacientului borderline, cum ar fi iubirea şi apoi ura faţă de aceleaşi persoane sau situaţii. O dialectică mai adâncă a acestui sistem este nevoia de a rezolva paradoxul că pacienta încearcă din răsputeri şi simte nevoia să fie satisfăcută de eforturile sale, dar, totuşi, în acelaşi timp, se străduieşte să facă încă mai multe schimbări şi să facă lucrurile încă mai bine.[6]

---

4 Aaron T. Beck, Arthur Freeman şi Denise D. Davis, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2nd ed. (New York: Guilford, 2006).

5 DBT, în limba engleză. (*N. t.*)

6 Marsha M. Linehan, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (New York: Guilford, 2003).

TCD postulează că pacienții borderline au o vulnerabilitate genetică/biologică la reactivitatea emoțională exagerată. Această concepție are ca ipoteză ideea că sistemul limbic, partea din creier asociată cel mai mult cu răspunsurile emoționale, este hiperactivă la persoanele borderline. Al doilea factor cauzal, după practicienii TCD, este mediul invalidant; adică, ceilalți care anulează, contrazic sau resping emoțiile aflate în dezvoltare ale individului. Confruntat cu asemenea interacțiuni, individul este incapabil să aibă încredere în ceilalți sau în propriile-i reacții. Emoțiile sunt necontrolate şi volatile.

În etapele inițiale ale tratamentului, TCD se focalizează pe un sistem ierarhic de ținte, abordând mai întâi comportamentele cele mai dificile şi mai apoi pe cele mai uşor de schimbat. Prioritatea numărul unu abordată imediat este amenințarea cu sinuciderea şi comportamentele autoagresive. Prioritatea numărul doi este eliminarea comportamentelor care obstrucționează terapia, cum ar fi anularea şedințelor sau ignorarea temelor pentru acasă. A treia prioritate este abordarea comportamentelor care împiedică o viață de calitate şi sănătoasă, cum ar fi compulsiile perturbatoare, promiscuitatea sau conduita delincventă; dintre acestea, sunt vizate primele schimbările cele mai uşoare. A patra prioritate este centrarea pe sporirea abilităților comportamentale.

Programul structurat constă în următoarele patru componente principale:

1. Psihoterapie individuală săptămânală, pentru întărirea noilor abilități învățate şi diminuarea comportamentelor de autosabotare.
2. Terapie de grup săptămânală axată pe abilități, în care se utilizează materiale educaționale despre TPB şi TCD, se dau teme pentru acasă, se discută şi se predau tehnici de îmbunătățire a controlului emoțiilor, a

contactelor interpersonale şi a stării de *mindfulness* — termen ce descrie perceperea obiectivă a sentimentelor din prezent, necontaminată de ruminaţii asupra trecutului sau viitorului, ori de labilitatea emoţională.
3. Consiliere prin telefon (trăsătură unică, specifică doar TCD) pentru a ajuta pacienţii să gestioneze stresul înainte ca acesta să devină o urgenţă; apelurile către consilierii de serviciu pot fi făcute oricând, însă ele sunt considerate inadecvate dacă sunt făcute *după* ce pacientul a acţionat într-o manieră distructivă.
4. Şedinţe săptămânale cu toţi membrii echipei terapeutului, în scopul sporirii abilităţilor şi motivaţiei şi pentru combaterea epuizării. În fiecare săptămână, pacienţilor li se dă câte un „jurnal" TCD pe care să-l completeze zilnic. În jurnal trebuie înregistrate comportamentele autodistructive, utilizarea drogurilor, emoţiile perturbatoare şi felul în care a făcut pacientul faţă stresului zilnic.

ANTRENAMENTUL SISTEMIC PENTRU PREDICTABILITATE EMOŢIONALĂ ŞI REZOLVARE DE PROBLEME (ASPERP)[7]

O altă varietate de TCC de manual este ASPERP, elaborată la Universitatea din Iowa. Ca şi TCD, ASPERP se concentrează asupra incapacităţii persoanei borderline de a-şi modula emoţiile şi impulsurile. Modificările unice aduse ASPERP au fost făcute, în parte, din dorinţa de a se crea un program mai puţin costisitor. ASPERP este o terapie de grup, fără şedinţe individuale. De asemenea, este concepută să fie mai scurtă — constând în grupuri săptămânale de 22 de ore (în comparaţie cu angajamentul pe un an, cerut în mod tipic de abordarea TCD). Acest program pune accent, de asemenea, pe importanţa

---

[7] STEPPS, în limba engleză. (*N. t.*)

implicării în tratament a sistemelor sociale ale persoanei borderline. Şedinţele de psihoeducaţie „pot include membrii familiei, alte persoane semnificative, cadre medicale sau pe oricine altcineva cu care ei interacţionează în mod regulat şi cărora sunt dispuşi să le împărtăşească informaţii despre tulburarea lor"[8]. ASPERP cuprinde trei componente principale:

1. Şedinţe de psihoeducaţie privind TPB şi *schema* (distorsiuni cognitive despre sine şi ceilalţi, cum ar fi sentimentul de a fi imposibil de iubit, neîncrederea, vinovăţia, lipsa de identitate, frica de a pierde controlul etc.).
2. Învăţarea de abilităţi necesare unui mai bun control al emoţiilor, cum ar fi gestionarea problemelor, distragerea şi îmbunătăţirea comunicării.
3. A treia componentă se ocupă cu învăţarea abilităţilor comportamentale de bază, precum mâncatul sănătos, regimul de somn sănătos, exerciţiul fizic şi stabilirea de obiective.

O a doua fază a ASPERP este SIGCCSACR[9] (Stabilirea de obiective; Încrederea; Gestionarea furiei; Controlul impulsivităţii; Comportamentul relaţional; Scrierea unui scenariu; Antrenamentul asertivităţii; Călătoria ta; Revizuirea schemelor). Aceasta este o prelungire de un an, cu frecvenţă bilunară, a „seminariilor" de antrenare a abilităţilor, care întăreşte modelul ASPERP. Spre deosebire de TCD, care este concepută pentru a fi autonomă şi

---

8 Nancee Blum, Bruce Pfohl, Don St. John et al., „STEPPS: A Cognitive-Behavioral Systems-Based Group Treatment for Outpatients with Borderline Personality Disorder—A Preliminary Report", *Comprehensive Psychiatry* 43 (2002): 301–310.

9 STAIRWAYS (scară), în limba engleză. (*N. t.*)

descurajează alte contribuții terapeutice, ASPERP este conceput pentru a completa alte terapii implicate.

TERAPIA FOCALIZATĂ PE SCHEMĂ (TFS)[10]

TFS combină elemente ale teoriilor cognitive, gestaltiste şi psihodinamice. Elaborată de dr. Jeffrey Young, elev al lui Aaron Beck, TFS conceptualizează comportamentul dezadaptativ rezultat din *scheme*. În acest model, o *schemă* este definită drept o concepție despre lume dezvoltată în timp de un copil vulnerabil biologic, care întâlneşte instabilitate, îngăduință fără limite, neglijență sau abuz. Schemele sunt încercările copilului de a face față acestor eşecuri de parentaj. Asemenea mecanisme de coping devin dezadaptative la maturitate. Conceptul de *scheme* provine din teoriile psihodinamice. TFS încearcă să confrunte aceste răspunsuri distorsionate şi să învețe pacientul noi modalități de coping printr-un proces numit *reparentaj*.[11]

Schemele multiple pot fi grupate în cinci *moduri-schemă* principale, cu care pacienții borderline se identifică şi care se corelează cu simptomele borderline:

1. Copilul Abandonat şi Abuzat (frica de abandon).
2. Copilul Furios (furie paroxistică, impulsivitate, instabilitate a dispoziției, relații instabile).
3. Părintele Punitiv (autorănire, impulsivitate)
4. Protectorul Detaşat (disociere, lipsă a identității, sentimentul de vid interior).
5. Adultul Sănătos (rolul terapeutului de model pentru pacient — alină şi protejează celelalte moduri).

---

[10] SFT, în limba engleză. (*N. t.*)

[11] Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar, *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (New York: Guilford, 2003).

Strategiile specifice de tratament sunt adaptate fiecărei funcționări. De exemplu, terapeutul pune accent pe grijă și ocrotire pentru modul Copilul Abandonat și Abuzat. Exprimarea emoțiilor este încurajată în cazul modului Protectorul Detașat. „Reparentajul" încearcă să suplinească nevoile nesatisfăcute în copilărie. Terapeuții sunt mult mai deschiși decât în terapiile tradiționale, făcând adesea schimb de daruri, numere de telefon și alte informații personale, proiectându-se pe ei înșiși ca fiind „adevărați", „sinceri" și „grijulii". Capacitatea de a transmite căldură, laude și empatie constituie o trăsătură importantă a terapeutului. Pacienții sunt încurajați să citească despre schemă și TPB. Sunt folosite tehnicile Gestalt, cum ar fi jocul de rol, punerea în acțiune a dialogului dintre modalitățile și tehnicile de vizualizare (vizualizarea și punerea în acțiune a scenariilor stresante). De asemenea, sunt utilizate antrenamentul asertivității și alte metode cognitiv-comportamentale. Un posibil pericol în TFS este confruntarea granițelor în „reparentaj". Terapeuții trebuie să fie extrem de vigilenți în privința riscului de regresie transferențială și contratransferențială (vezi Capitolul 7).

TRATAMENTE PSIHODINAMICE

Abordările psihodinamice presupun, în mod tipic, discutarea trecutului și prezentului, cu scopul descoperirii tiparelor ce pot făuri un viitor mai productiv. Această formă de terapie este, de obicei, mai intensivă — cu mai multe ședințe pe săptămână — decât abordarea cognitiv-comportamentală. Terapeutul ar trebui să implementeze un format coerent și structurat, cu obiective clare, totuși suficient de flexibil pentru a se adapta la nevoile care se schimbă.

TERAPIA BAZATĂ PE MENTALIZARE (TBM)[12]

Mentalizarea, termen inventat de dr. Peter Fonagy, descrie felul în care oamenii se înțeleg pe sine, pe ceilalți și mediul lor. Folosind mentalizarea, un individ înțelege de ce el și ceilalți interacționează în felul în care o fac, ceea ce duce, la rândul său, la capacitatea de a empatiza cu sentimentele altcuiva.[13] Termenul se suprapune conceptelor de *înclinație psihologică* (înțelegerea legăturilor dintre emoții și comportamente) și *mindfulness* (un obiectiv în TCD; vezi mai sus). Fonagy teoretizează că atunci când este întreruptă dezvoltarea normală a mentalizării, care începe în copilăria timpurie, apar patologii la vârsta adultă, în special TPB. Această conceptualizare se bazează pe teoriile psihodinamice ale atașamentului sănătos față de o figură parentală (vezi Capitolul 3). Când copilul nu poate forma o legătură adecvată cu un părinte, îi este dificil să înțeleagă sentimentele părintelui sau pe cele proprii. El nu are un context sănătos pe care să-și bazeze emoțiile sau comportamentele. Constanța obiectului nu poate fi menținută. Copilul dezvoltă frica de abandon sau se detașează de ceilalți. Acest eșec de dezvoltare se poate datora fie temperamentului copilului (limite genetice sau biologice), fie patologiei părintelui (care poate consta în abuz fizic sau emoțional, abandon sau înăbușire inadecvată a independenței), fie ambelor.

TBM se bazează pe presupoziția că trebuie mai întâi înțelese motivele, credințele, emoțiile, dorințele, rațiunile și nevoile, pentru a funcționa optim în relația cu ceilalți. Date care confirmă eficacitatea acestei metode au

---

[12] MBT, în limba engleză. (*N. t.*)

[13] Peter Fonagy, „Thinking About Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient", *International Journal of Psychoanalysis* 72, pt. 4 (1991): 639–656.

fost adunate de Bateman şi Fonagy în principal în cadrul unui program parțial de zi al unui spital din Anglia.[14],[15] În cadrul acestui program, pacienții veneau la spital pe timpul zilei, cinci zile pe săptămână, timp de 18 luni. Tratamentul consta în terapie de grup orientată psihanalitic de trei ori pe săptămână, psihoterapie individuală, terapie expresivă prin artă, muzică şi psihodramă, precum şi medicație când era nevoie. Se țineau şedințe cu personalul şi erau disponibile consultații. Terapeuții, folosind un sistem tip manual, se centrau pe starea mentală curentă a pacientului, identificau distorsiunile de percepție şi încercau împreună cu pacientul să creeze perspective alternative privind propria persoană şi pe ceilalți. Dacă multe tehnici comportamentale amintesc de TCD, o parte din structura psihodinamică a TBM se suprapune cu psihoterapia focalizată pe transfer (PFT).

PSIHOTERAPIA FOCALIZATĂ PE TRANSFER (PFT)[16]

PFT este un program bazat pe manual, cu rădăcini psihanalitice mai tradiționale[17, 18], elaborat de Otto Kernberg şi colegii săi de la Universitatea Cornell.

---

14 Anthony Bateman şi Peter Fonagy, *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide* (Oxford, UK: Oxford University Press, 2006).

15 Anthony Bateman şi Peter Fonagy, „8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual", *American Journal of Psychiatry* 165 (2008): 631–638.

16 TFP — Transference-Focused Psychotherapy, în limba engleză în original. (*N. t.*)

17 Otto F. Kernberg, Michael A. Selzer, Harold W. Koeningsberg et al., *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients* (New York: Basic Books, 1989).

18 Frank E. Yeomans, John F. Clarkin şi Otto F. Kernberg, *A Primer for Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient* (Lanham, MD: Jason Aronson, 2002).

Terapeutul se axează mai întâi pe crearea unui contract prin care să se înțeleagă rolurile și limitele în terapie. Ca și în TCD, primele preocupări gravitează în jurul pericolului de suicid, al întreruperii terapiei, al nesincerității și așa mai departe. Ca și alte abordări de tratament, PFT recunoaște rolul vulnerabilității biologice și genetice, în combinație cu frustrările psihologice timpurii. Un mecanism defensiv primar întâlnit la pacienții borderline este *difuzia identității*, care se referă la un sentiment de sine distorsionat și instabil, aplicat deci și celorlalți. *Difuzia identității* sugerează o percepție de sine și a celorlalți ca și când ar fi distorsiuni neclare, fantomatice, într-o cameră a oglinzilor, abia perceptibili și fără substanță la atingere. O altă trăsătură a TPB este *clivajul* persistent, împărțirea percepțiilor în diade extreme și contrarii de alb și negru, bine și rău, ce are ca rezultat credința că propria persoană, un altul sau o situație sunt fie atoatebune, fie atoaterele. Acceptarea faptului că o persoană bună poate dezamăgi este greu de înțeles; astfel, fosta persoană bună se transformă într-o persoană în totalitate rea. (Cititorul de specialitate va observa că distorsiunile de mentalizare din TBM includ conceptele de *difuzie a identității* și *clivaj*; dificultatea cu extremele diadice aminteşte de paradoxurile dialectice teoretizate în TCD.)

TBM teoretizează că difuzia identității și clivajul sunt elemente primare timpurii ale dezvoltării normale. Însă în TPB, dezvoltarea normală a integrării emoțiilor și percepțiilor contrare este întreruptă de un parentaj frustrant. Persoana borderline este blocată la un nivel imatur de funcționare. Sentimentele de vid interior, oscilațiile emoționale severe, furia și relațiile haotice provin din această gândire în alb și negru. Terapia constă în ședințe individuale cu o frecvență săptămânală, în care este examinată relația cu terapeutul. Această experiență transferențială din aici-și-acum (vezi Capitolul 7) îi permite

pacientului să trăiască momentul clivajului care este atât de prezent în experiența sa de viață. Cabinetul terapeutului devine un fel de laborator, în care pacientul își poate examina emoțiile într-un mediu sigur, protejat, după care își extinde înțelegerea asupra lumii exterioare. Combinația dintre înțelegerea intelectuală și experiența emoțională în lucrul cu terapeutul poate conduce la o integrare sănătoasă a identității și perceperii celorlalți.

COMPARAREA TRATAMENTELOR

Un scurt exemplu ajută la ilustrarea felului în care pot gestiona aceeași situație terapeuții care utilizează aceste abordări diferite:

Judy, o contabilă celibatară în vârstă de 29 de ani, a ajuns la cabinetul terapeutului ei foarte supărată după o ceartă serioasă cu tatăl ei, în timpul căreia el a făcut-o „târfă". Când doctorul a întrebat ce l-a făcut să reacționeze așa, Judy s-a supărat și mai tare, acuzând terapeutul că ia partea tatălui ei și aruncând o cutie cu șervețele în cealaltă parte a camerei.

Un terapeut TCD s-ar putea concentra pe furia și izbucnirea fizică a lui Judy. El ar putea empatiza cu frustrarea ei, i-ar accepta gestul impulsiv, iar apoi ar lucra cu ea pentru a-și ventila frustrarea fără să devină violentă. De asemenea, ar putea discuta despre modalități prin care să-și gestioneze frustrarea legată de tatăl ei.

Terapeutul TFS ar putea încerca mai întâi să corecteze percepția greșită a lui Judy despre el și s-o reasigure că el nu este furios pe ea și că este în totalitate de partea ei.

În TBM, doctorul poate încerca s-o determine pe Judy să descrie ce simte și gândește în acel moment. De

asemenea, poate încerca s-o direcționeze să se gândească (să mentalizeze) la ce presupunea ea că a reacționat tatăl ei în timpul conversației lor.

Terapeutul PFT poate explora modul în care Judy îl compară cu tatăl ei. Se poate focaliza pe schimbarea radicală a sentimentelor ei față de el în acel moment în terapie.

ALTE TERAPII

Au fost descrise și alte tipuri de terapii, mai puțin studiate. Pentru pacienții borderline mai dificili sau care au drept complicații alte tulburări, precum abuzul de substanțe, Robert Gregory și grupul său de la Universitatea de Stat din New York, din orașul Syracuse, au dezvoltat special protocolul de tip manual psihoterapia dinamică deconstructivă (PDD).[19, 20] Ședințele individuale săptămânale, de orientare psihodinamică, au ca țintă activarea percepțiilor cognitive afectate și dezvoltarea de către pacient a unui sentiment de sine și de ceilalți mai coerent.

Terapia bazată pe alianță (TBA)[21], dezvoltată în cadrul Austen Riggs Center din Stockbridge, Massachusetts, este o abordare psihodinamică focalizată în mod special pe comportamentele suicidare și autodistructive.[22] În mare măsură ca și în PFT, accentul se pune pe relația

---

[19] DDP — Dynamic Deconstructive Psychotherapy, în limba engleză. (*N. t.*)

[20] Robert J. Gregory și Anna L. Remen, „A Manual-Based Psychodynamic Therapy for Treatment-Resistant Borderline Personality Disorder", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 45 (2008): 15–27.

[21] ABT — Alliance-Based Therapy, în limba engleză. (*N. t.*)

[22] Eric M. Plakun, „Making the Alliance and Taking the Transference in Work with Suicidal Borderline Patients", *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 10 (2001): 269–276.

terapeutică şi pe impactul acțiunilor autodistructive ale persoanei borderline.

Psihoterapia intensivă dinamică de scurtă durată[23] (PIDSD), concepută pentru tratarea pacienților borderline şi a altor tulburări de personalitate, a fost elaborată de un grup canadian.[24] Şedințele individuale săptămânale se concentrează pe emoțiile inconştiente responsabile pentru apărări şi pe legăturile dintre aceste emoții şi traume din trecut. În general, tratamentul este de aşteptat să dureze în jur de şase luni.

Recunoscând dificultatea de a oferi o îngrijire intensivă individuală pacienților borderline, practicienii din Chile au creat un sistem de terapie de grup, respectiv terapia eclectică intermitent-continuă (EIC).[25, 26] Şedințele de grup săptămânale de 90 de minute se desfăşoară în cicluri de câte zece şedințe. Pacienții pot continua cu un alt ciclu dacă ei şi terapeuții lor aleg acest lucru. Înțelegerea pacientului se face dintr-o perspectivă psihodinamică, dar interpretările sunt reduse la minimum. Prima parte a fiecărei şedințe este o perioadă deschisă, suportivă, în care este încurajată discuția nestructurată; a doua jumătate a şedinței este organizată ca un curs, la care se învață abilitățile de gestionare a emoțiilor dificile (ca în TCD şi ASPERP).

---

23 ISTDP — Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, în limba engleză. (*N. t.*)

24 Allan Abbass, Albert Sheldon, John Gyra et al., „Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for DSM-IV Personality Disorders: A Randomized Controlled Trial", *Journal of Nervous and Mental Disease* 196 (2008): 211–216.

25 ICE — Intermittent-Continuous Eclectic Therapy, în limba engleză. (*N. t.*)

26 Antonio Menchaca, Orietta Perez şi Astrid Peralta, „Intermittent-Continuous Eclectic Therapy: A Group Approach for Borderline Personality Disorder", *Journal of Psychiatric Practice* 13 (2007): 281–284.

Toate tratamentele din această „supă de litere" se străduiesc să standardizeze terapia, majoritatea prin utilizarea unor programe bazate pe manual, şi au încercat să conceapă studii controlate pentru a-şi determina eficacitatea. Toate au elaborat studii ce demonstrează superioritatea terapiei organizate formal faţă de un „tratament obişnuit" suportiv nonspecific. Unele cercetări au comparat rezultatele acestor tratamente.

Un studiu a comparat rezultatele tratamentelor ambulatorii pe timp de un an pentru pacienţii borderline, în cadrul a trei abordări diferite: TCD, PFT şi o terapie psihodinamică suportivă.[27] Pacienţi din toate cele trei grupuri au demonstrat o ameliorare a depresiei, anxietăţii, interacţiunilor sociale şi funcţionării generale. Atât TCD, cât şi PFT au arătat o reducere semnificativă a gândirii suicidare. PFT şi terapia suportivă s-au descurcat mai bine în reducerea furiei şi a impulsivităţii. PFT a avut cele mai bune rezultate în reducerea iritabilităţii şi a atacului verbal şi fizic.

Un studiu olandez de trei ani a comparat rezultatele tratării pacienţilor borderline prin TFS şi PFT.[28] După primul an, în ambele grupuri aflate în tratament s-au înregistrat reduceri semnificative comparabile ale simp-

---

[27] John F. Clarkin, Kenneth N. Levy, Mark F. Lenzenweger et al., „Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study", *American Journal of Psychiatry* 164 (2007): 922–928.

[28] Josephine Giesen-Bloo, Richard van Dyck, Philip Spinhoven et al., „Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy", *Archives of General Psychiatry* 63 (2006): 649–658.

tomelor TPB şi o îmbunătăţire a calităţii vieţii. Însă până în al treilea an, pacienţii trataţi prin TFS au arătat ameliorări semnificativ mai mari şi au avut mai puţine retrageri. Un studiu ulterior din Olanda a comparat raportul cost–eficacitate al acestor două tipuri de psihoterapie.[29] Această cercetare a încercat să măsoare costul tratamentului în raport cu îmbunătăţirea calităţii vieţii de-a lungul timpului (determinată prin chestionare autoadministrate). Deşi măsurătorile calităţii vieţii după PFT au fost uşor mai ridicate decât cele de după TFS, costul general pentru îmbunătăţiri comparabile a fost semnificativ mai eficient în cazul TFS.

Deşi aceste studii sunt încercări admirabile de comparare a unor tratamente diferite, toate pot fi criticate. Alegerea pacienţilor şi terapeuţilor, validitatea instrumentelor de măsurare folosite şi mulţimea de variabile necontrolate ce afectează orice studiu ştiinţific fac extrem de dificile încercările de comparare a răspunsurilor comportamentale umane. Studiile continuate pe populaţii mai mari vor descoperi abordările terapeutice utile în mod colectiv multor pacienţi. Dar date fiind diferenţele complexe dintre indivizi, înrădăcinate în ADN-ul nostru, o descoperire a „celui mai bun" tratament care să fie ideal pentru orice persoană este, cu siguranţă, imposibilă. Tratamentul care se dovedeşte superior pentru majoritatea pacienţilor într-un studiu poate să nu fie alegerea ideală pentru *tine*. Acest lucru nu este mai puţin adevărat în domeniul medicamentelor, unde descoperim că *nu* există o măsură universală.

Astfel, ideea principală ce reiese din aceste studii nu este care tratament funcţionează cel mai bine, ci faptul

---

[29] Antoinette D. I. van Asselt şi Carmen D. Dirksen, „Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Cost-Effectiveness of Schema-Focused Therapy vs. Transference-Focused Psychotherapy", *British Journal of Psychiatry* 192 (2008): 450–457.

că tratamentul psihoterapeutic *funcționează*! Din păcate, psihoterapia a fost devalorizată, la propriu și la figurat, de-a lungul anilor. Serviciile psihologice, în general, sunt decontate considerabil mai puțin decât serviciile medicale. Suma decontată de asigurări unui clinician pentru o oră de interacțiune cu un pacient (ajustări comportamentale și de dietă pentru diabetici, instrucțiuni de îngrijire a unei răni în convalescență sau psihoterapie) este doar o fracțiune din plata unei proceduri medicale de rutină (o intervenție chirurgicală minoră, o injecție cu steroizi etc.). Pentru o oră de psihoterapie, Medicare și majoritatea companiilor private de asigurări de sănătate plătesc mai puțin de o zecime din suma decontată pentru multe proceduri chirurgicale ambulatorii minore.

Câtă vreme Statele Unite continuă să caute să ofere servicii de sănătate cât mai multor oameni în moduri cât mai accesibile, va exista tentația ca dintre tratamentele demonstrate ca mai mult sau mai puțin echivalente să fie alese cele mai puțin costisitoare. Într-un asemenea sistem, va fi importantă menținerea flexibilității, astfel încât să nu denigrăm *arta* medicinei, care permite existența individualității în relația sacră dintre doctor și pacient.

CERCETĂRI VIITOARE ȘI TERAPII SPECIALIZATE PENTRU TPB

În viitor, progresele cercetărilor genetice și biologice vor putea sugera modalitatea în care terapiile pot fi „personalizate" pentru anumiți pacienți. Așa cum nu există un singur medicament recunoscut ca fiind mai bun decât celelalte în tratarea *tuturor* pacienților cu TPB, la fel, nu există o singură abordare terapeutică mai bună pentru toți, în ciuda încercărilor de comparare a terapiilor. Terapeuții ar trebui să folosească abordări terapeutice specifice adaptate la diferitele nevoi ale pacienților, în

loc să încerce să aplice abordarea ipotetic *cea mai bună* pentru toți. De exemplu, pacienții borderline care sunt semnificativ suicidari sau cu comportamente automutilante grave pot răspunde inițial cel mai bine la abordările cognitive/comportamentale, precum TCD. Pacienții mai înalt funcționali pot răspunde mai bine protocoalelor de tratament psihodinamic. Limitările financiare sau de timp pot favoriza terapiile cu durată limitată, în timp ce tiparele de viață distructive repetate ar putea necesita psihoterapii mai intensive, de lungă durată.

Așa cum în majoritatea specializărilor medicale (oftalmologia, de pildă) au apărut subspecializări pentru situații complicate sau pentru părți ale organului implicat (retina sau corneea, de pildă), și tratamentul optim pentru TPB se poate îndrepta în aceeași direcție. Centrele de îngrijire specializate pentru TPB pot oferi regimuri de tratament mult mai eficiente.

MEDICAȚIA: ȘTIINȚĂ ȘI PROMISIUNE

O pastilă te face mai mare
şi o pastilă te face mic...
(din „Iepurele alb", de Jefferson Airplane)

Doctorii prescriu medicamente despre care ştiu foarte puţin, ca să vindece boli despre care ştiu şi mai puţin, ale unor fiinţe omeneşti despre care nu ştiu nimic.

(Voltaire)

Dacă psihoterapia este recunoscută ca principalul tratament pentru TPB, majoritatea planurilor de tratament includ şi recomandarea administrării unei medicații. Însă medicația pune adesea mari dileme pacienților borderline. Unii sunt fermecați de atrăgătoarea promisiune că medicația îi va „vindeca" de „boala borderline". Alții se tem să nu fie transformați în zombie şi se opun oricărei medicații. Cum oamenii de ştiință n-au identificat încă un virus *borderlinus*, nu există un „antibiotic" unic care să trateze toate aspectele TPB. Cu toate acestea, medicamentele sunt utile în tratarea simptomelor asociate (precum antidepresivele

pentru depresie) şi în calmarea caracteristicilor autosabotoare, precum impulsivitatea.

În ciuda acuzaţiei lui Voltaire, doctorii învaţă tot mai multe despre felul în care medicamentele tratează boala şi de ce. Noile descoperiri din genetica şi neurobiologia TPB ne ajută să înţelegem cum şi de ce pot fi eficace aceste medicamente.

GENETICA

Disputele natură–cultură cu privire la cauzele bolilor fizice sau mentale au fost de actualitate zeci de ani, desigur, dar odată cu explozia cunoştinţelor despre moştenirea genetică, cartografierea genetică şi genetica moleculară, din ultimii 25 de ani, rolul naturii a devenit mai bine înţeles. O abordare a acestei controverse constă în folosirea „studiilor gemelare": în acest tip de studii, gemeni identici (cu aceeaşi configuraţie genetică) adoptaţi şi crescuţi în familii diferite sunt examinaţi după mai mulţi ani pentru identificarea prezenţei bolii. Dacă un geamăn prezintă TPB, probabilitatea ca şi celălalt, crescut într-un mediu diferit, să fie diagnosticat cu TPB este de 30% până la aproape 70% în unele studii, conferind astfel o mai mare greutate argumentului în favoarea naturii.[1] Trăsăturile borderline specifice, precum anxietatea, labilitatea emoţională, tendinţele suicidare, impulsivitatea, furia, căutarea senzaţiilor tari, agresivitatea, distorsiunile cognitive, confuzia de identitate şi problemele relaţionale pot fi, de asemenea, determinate genetic în mare măsură.

---

[1] Ted Reichborn-Kjennerud, „Genetics of Personality Disorders", *Psychiatric Clinics of North America* 31 (2008): 421–440.

Moştenirea genetică se extinde şi asupra membrilor familiei. Rudele persoanelor borderline prezintă o rată semnificativ mai mare de tulburări ale dispoziţiei şi impulsului, abuz de substanţe şi tulburări de personalitate, mai ales TPB şi personalitate antisocială.[2]

Umanitatea noastră apare din complicatul şi unicul lanţ de cromozomi care determină individul. Deşi o singură genă anume nu ne determină soarta, o combinaţie de coduri ADN ale mai multor cromozomi contribuie la vulnerabilitatea în faţa unei boli. Gene individuale au fost asociate cu boala Alzheimer, cancerul la sân şi alte maladii; însă contribuie şi alţi loci cromozomiali şi factori de mediu. Genetica moleculară a identificat modificări ale anumitor gene (polimorfisme) care sunt asociate cu TPB. În mod interesant, aceste gene sunt implicate în producerea şi metabolismul neurotransmiţătorilor, al serotoninei, norepinefrinei şi dopaminei. Aceşti neurotransmiţători facilitează comunicarea între celulele cerebrale şi influenţează ce gene sunt activate sau dezactivate. Modificările acestor neurotransmiţători au fost asociate cu tulburări de dispoziţie, dereglare a impulsului, disociere şi sensibilitate la durere.

NEUROENDOCRINOLOGIA

În patologia borderline au fost implicaţi şi alţi neurotransmiţători endocrini (hormoni). Dereglarea NMDA (N-metil-D-aspartat) a fost remarcată în TPB (ca şi în alte boli), fiind implicată în disociere, episoade psihotice şi cogniţie defectuoasă.[3] Perturbări în sistemul opioidelor

---

2 Randy A. Sansone şi Lori A. Sansone, „The Families of Borderline Patients: The Psychological Environment Revisited", *Psychiatry* 6 (2009): 19–24.

3 Bernadette Grosjean şi Guochuan E. Tsai, „NMDA Neurotransmission as a Critical Mediator of Borderline Personality Disor-

(endorfinelor) corpului au fost demonstrate în TPB şi asociate cu experienţe disociative, insensibilitate la durere (în special printre indivizii care se automutilează) şi abuz de opiacee.[4] Acetilcolina este un alt neurotransmiţător care afectează memoria, atenţia, învăţarea, dispoziţia, agresivitatea şi comportamentul sexual şi care a fost legat de TPB.[5]

Stresul cronic sau repetat poate şi el perturba echilibrul neuroendocrin. Stresul activează axa hipotalamus — pituitară — suprarenale (HPA), care secretă cortizol şi activează sistemul imunitar al corpului. În situaţia obişnuită de stres acut, acest sistem activează mecanismele „luptă sau fugi" ale corpului într-un mod productiv. Un mecanism de feedback intern acţionează ca un termostat pentru a dezactiva apoi axa şi a readuce organismul la echilibru. Dar stresul continuu distruge circuitul regenerator şi alarmele de stres continuă neabătut, cu efecte negative asupra corpului, printre care şi micşorarea ariilor caracteristice din creier. Acest tipar a fost observat în mai multe tulburări, inclusiv TPB, stresul posttraumatic, depresia majoră şi anumite tulburări anxioase.

DISFUNCŢIA NEUROLOGICĂ

Perturbările în funcţionarea creierului au fost asociate în mod frecvent cu TPB. Un segment semnificativ de

---

der", *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 32 (2007): 103–115.

4 Antonia S. New, Marianne Goodman, Joseph Triebwasser et al., „Recent Advances in the Biological Study of Personality Disorders", *Psychiatric Clinics of North America* 31 (2008): 441–461.

5 Bonnie Jean Steinberg, Robert L. Trestman, şi Larry J. Siever, „The Cholinergic and Noradrenergic Neurotransmitter Systems and Affective Instability in Borderline Personality Disorder", în *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder* (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005): 41–62.

pacienți borderline au în istoricul lor traume cerebrale, encefalită, epilepsie, dizabilități de învățare, anomalii ale EEG (electroencefalogramei sau undelor cerebrale), disfuncții ale tiparelor de somn și „semne discrete" la nivel neurologic subtil.[6, 7]

Imagistica cerebrală sofisticată — cum ar fi RMNf (imagistică prin rezonanță magnetică funcțională), CT (tomografie computerizată), PET (tomografie cu emisie de pozitroni) și SPECT (tomografie computerizată cu emisie de foton unic) — a elucidat unele dintre deviațiile anatomice și fiziologice asociate cu TPB. După cum am mai spus (vezi Capitolul 3), aceste studii par să sugereze o hiperactivitate a acelor părți ale creierului implicate în elaborarea răspunsului emoțional (sistemul limbic) și anume structurile cerebrale profunde, precum amigdala, hipocampul și girusul cingulat și, totodată, o scădere a activității părților de suprafață ale creierului implicate în gândirea executivă și control, cum ar fi cortexul prefrontal.[8]

CONSIDERAȚII VIITOARE

Prin aceste progrese în genetică și neurobiologie, oamenii de știință vor putea, în cele din urmă, să grupeze și prezentările patologice cu diferențe subtile între

---

6 Mary C. Zanarini, Catherine R. Kimble și Amy A. Williams, „Neurological Dysfunction in Borderline Patients and Axis II Control Subjects", *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder* (Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005): 159–175.

7 Jose Manuel de la Funete, Julio Bobes, Coro Vizuete et al., „Neurologic Soft Signs in Borderline Personality Disorder", *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (2006): 541–546.

8 Eric Lis, Brian Greenfield, Melissa Henry et al., „Neuroimaging and Genetics of Borderline Personality Disorder: A Review", *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 32 (2007): 162–173.

ele, şi, pe baza acestor cunoştinţe, doctorii vor putea să „personalizeze" mai precis un anumit medicament pentru un anumit pacient. Pentru a folosi o analogie: înţelegerea noastră curentă a bolilor psihice este similară, în linii mari, cu înţelegerea pe care o aveam asupra infecţiilor la începutul anilor 1900, înainte ca doctorii să poată izola în mod adecvat culturi ale agenţilor infecţioşi. La acea vreme era îndeobşte recunoscut faptul că toate antibioticele erau la fel de benefice — penicilina era la fel de eficace pentru toţi pacienţii cu infecţii ca orice alt antibiotic. Însă când oamenii de ştiinţă au descoperit cum să dezvolte culturi de bacterii individuale şi cum să stabilească sensibilitatea lor la anumite antibiotice, doctorii au putut prescrie un anumit medicament cu cea mai mare probabilitate de succes. Cu alte cuvinte, doctorii nu tratau pur şi simplu infecţia sau pneumonia; ei tratau agentul patogen specific, *stafilococul auriu*. În mod similar, se speră ca în viitor să putem fi capabili să dezvoltăm „cultura" bolii psihice şi să determinăm tratamentul cel mai bun. Vom trata biologia unică a individului, nu doar diagnosticul. Ca urmare, conceptul de „în afara prospectului" (în care un medicament este prescris într-o boală pentru care nu este aprobat oficial) va deveni la ordinea zilei, de vreme ce medicamentul va avea ca ţintă un proces biologic specific şi nu un diagnostic particular.

MEDICAMENTELE

Descoperirile în domeniile explozive ale geneticii şi fiziologiei creierului au condus la noi medicamente pentru multe boli fizice şi mentale. În farmacologie s-au înregistrat mari progrese, mai ales în domeniul biotehnologiei; pe scurt, în ultimii 20 de ani au fost create multe

medicamente psihoterapeutice, iar dovezile sugerează că unele s-au dovedit eficace în tratarea TPB. Deşi niciun medicament nu ţinteşte în mod specific TPB, cercetările au demonstrat că trei mari clase de medicamente — antidepresivele, stabilizatorii de dispoziţie şi neurolepticele (antipsihoticele) — ameliorează multe dintre comportamentele dezadaptative asociate cu boala.[9]

ANTIDEPRESIVELE

Majoritatea cercetărilor au examinat folosirea antidepresivelor, în special a inhibitorilor reabsorbţiei serotoninei (SSRI sau SRI). Printre aceste medicamente se numără Prozac (fluoxetină), Zoloft (sertralină), Paxil sau Pexeva (paroxetină), Luvox (fluvoxamină), Celexa (citalopram) şi Lexapro (escitalopram — înrudit cu citalopramul). În mod predictabil, aceste medicamente au fost eficace în cazul instabilităţii dispoziţiei şi al simptomelor depresive asociate, cum ar fi sentimentul de vid interior, sensibilitate la respingere şi anxietate. În plus, s-a arătat că medicamentele SRI reduc furia inadecvată şi izbucnirile temperamentale, comportamentul agresiv, impulsivitatea distructivă şi acţiunile de automutilare, chiar în absenţa simptomelor depresive. În multe studii au fost necesare doze zilnice mai mari decât în mod obişnuit din aceste medicamente (de pildă, peste 80 mg de Prozac; peste 200 mg Zoloft pe zi) pentru a avea un efect pozitiv. Câteva medicamente înrudite, inhibitorii reabsorbţiei de serotonină-norepinefrină (SNRI), n-au fost studiate pe larg, dar pot avea efecte pozitive similare. Printre acestea se numără Effexor (venlafaxină), Pristig

---

[9] Asociaţia Americană de Psihiatrie, „Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder", *American Journal of Psychiatry* 158 (suplimentul din octombrie 2001).

(desvenlafaxină — înrudită cu venlafaxina) şi Cymbalta (duloxetină).

Au fost studiate şi antidepresivele mai vechi, precum antidepresivele triciclice (TCA) şi inhibitorii de monoaminoxidază (IMAO). Printre TCA se numără Elavil (amitriptilină), Tofranil (imipramină), Pamelor sau Aventyl (nortriptilină), Vivactil (protriptilină), Sinequan (doxepină), Norpramin (desipramină), Asendin (amoxapină), Surmontil (trimipramină) şi altele.

Antidepresivele IMAO — Nardil (fenelzină) şi Parnate (tranilcipromină) fiind cele mai folosite în Statele Unite — au arătat o eficacitate în TPB comparabilă cu a celor din categoria SRI. Însă IMAO tind să aibă mai multe efecte secundare, sunt mai periculoase în supradoză şi necesită restricţii în dietă şi în administrarea concomitentă a altor medicamente, ceea ce face să fie utilizate mult mai puţin.

STABILIZATORII DE DISPOZIŢIE

Acest grup de medicamente includ litiul, un element chimic natural, şi medicamente antiepileptice — Depakote (valproat), Tegretol (carbamazepină), Trileptal (oxcarbazepină — înrudită cu carbamazepina), Lamictal (lamotrigină) şi Topamax (topiramat). Îndrumarele APA recomandă acest grup ca tratament adjuvant atunci când medicamentele de tip SRI sau alte intervenţii sunt ineficace sau parţial eficace. Aceste medicamente, în doze tipice, ajută la stabilizarea dispoziţiei, scăderea anxietăţii şi la un mai bun control al impulsivităţii, agresivităţii, iritabilităţii şi furiei. În această clasă de medicamente se află şi Neurontin (gabapentină), Dilantin (fenitoină), Gabatril (tiagabină), Keppra (levetiracetam) şi Zonegran (zonisamidă), dar studiile privind eficacitatea lor la pacienţii TPB au fost limitate.

NEUROLEPTICELE

Aceste medicamente sunt recomandate în tratamentul inițial al distorsiunilor cognitiv-perceptive ale pacienților borderline. Principalele ținte sunt paranoia, simptomele disociative și sentimentele de irealitate (criteriul 9 în *DSM-IV-TR* — vezi Capitolul 2). În combinație cu medicația tip SRI, aceste medicamente, în doze mai mici decât cele obișnuite, ușurează sentimentele de furie și agresivitate; stabilizează dispoziția și scad anxietatea, gândirea obsesivă, impulsivitatea și sensibilitatea interpersonală.

S-au realizat studii timpurii cu neuroleptice mai vechi, precum Thorazine (clorpromazină), Stelazine (trifluoperazină), Trilafon (perfenazină), Haldol (haloperidol), Navane (tiotixenă) și Loxitane (loxapină). Medicamentele mai noi, numite antipsihotice atipice, s-au dovedit și ele eficace, cu efecte secundare, în general, mai puțin complicate. Printre acestea se numără Zyprexa (olanzapină), Seroquel (quetiapină), Risperdal (risperidonă), Abilify (aripiprazol) și Clozaril (clozapină). Alte medicamente din această clasă — Invega (paliperidonă — înrudită cu risperidona), Fanapt (iloperidonă), Saphris (asenapină) și Geodon (ziprasidonă) — fie n-au fost studiate, fie au produs rezultate contradictorii.

ANXIOLITICELE

S-a demonstrat că agenții anxiolitici, deși extrem de utili în anxietate, sporesc impulsivitatea, pot fi consumați abuziv și pot da dependență. Printre aceste tranchilizante, în principal din clasa benzodiazepinelor, se numără Xanax (alprazolam), Ativan (lorazepam), Valium (diazepam) și Librium (clordiazepoxid). Klonopin (clonazepam), o benzodiazepină cu acțiune prelungită, ce poate avea un efect mai puternic asupra

serotoninei, a avut succes în tratarea simptomelor de agresivitate şi anxietate, şi astfel este poate singura benzodiazepină care poate fi utilă în TPB.

ANTAGONIŞTII OPIACEELOR

Revia (naltrexonă) blochează eliberarea de către corp a propriilor sale endorfine ce induc analgezia şi senzaţiile euforice. Unele rapoarte sugerează că acest medicament poate inhiba comportamentul automutilant.

ALTE TRATAMENTE

Tratamentele homeopate sau din plante n-au avut, în general, succes, cu excepţia preparatului de acid gras omega-3. Un mic studiu a găsit că substanţa a scăzut agresivitatea şi depresia la femei.[10]

Două substanţe ce modulează neurotransmiţătorul glutamat au fost cercetate în TPB. Aminoacidul N-acetilcisteină şi Rilutek (riluzola) — un medicament folosit în tratamentul sclerozei laterale amiotrofice (boala Lou Gehrig) — au fost raportate ca diminuând semnificativ comportamentul automutilant în cazul a doi pacienţi borderline.[11]

Ghidul de practici al APA recomandă ca medicaţia să aibă ca ţintă un grup de simptome specifice. Ghidul

---

[10] Mary C. Zanarini şi Frances R. Frankenburg, „Omega-3 Fatty Acid Treatment of Women with Borderline Personality Disorder: A Double-Blind Placebo-Controlled Pilot Study", *American Journal of Psychiatry* 160 (2003): 167–169.

[11] Christopher Pittenger, John H. Krystal şi Vladimir Coric, „Initial Evidence of the Beneficial Effects of Glutamate-Modulating Agents in the Treatment of Self-Injurious Behavior Associated with Borderline Personality Disorder" (Scrisoare către redacţie), *Journal of Clinical Psychiatry* 66 (2005): 1492–1493.

împarte simptomele TPB în trei grupuri principale: instabilitatea dispoziției, incontrolabilitatea impulsului și distorsiunile perceptiv-cognitive. În tabelul 9-1 este rezumat un algoritm de abordări de tratament recomandate, cu strategii alternative, dacă alegerea anterioară este ineficace.

Tabelul 9-1. Farmacoterapia pentru tratarea simptomelor TPB

Simptom	Prima opțiune	A doua opțiune	A treia opțiune	A patra opțiune
Instabilitate a dispoziției	SRI	SRI diferit sau SNRI	adăugare NL, clonazepam; sau trecere pe IMAO	adăugare SD
Incontrolabilitatea impulsului	SRI	adăugare NL	adăugare SD; sau trecere pe IMAO	
Distorsiuni perceptiv-cognitive	NL	adăugare SRI sau IMAO sau un NL diferit		

SRI = inhibitor de reabsorbție a serotoninei; poate necesita doze mai mari decât cele obișnuite
NL = neuroleptic; de obicei, în doze scăzute
IMAO = inhibitor de monoaminoxidază
SD = stabilizator de dispoziție

O VORBĂ DESPRE UTILIZAREA „ÎN AFARA PROSPECTULUI"

Organismul FDA (Administrația pentru Alimente și Medicamente) nu a aprobat oficial niciun medicament pentru tratarea TPB, astfel încât toate medicamentele folosite în mod obișnuit în tratamentul TPB sunt considerate „în afara prospectului". Deși expresia „în afara prospectului" poate părea neplăcută, dacă nu chiar riscantă neinițiaților, prescrierea de medicamente fără respectarea indicațiilor de pe prospect este chiar obișnuită într-o largă varietate de situații. Întrucât o companie farmaceutică cheltuie în medie aproape un miliard

de dolari pentru aducerea pe piață a unui medicament, multe companii nu cer aprobare pentru o gamă largă de boli sau pentru depășirea limitelor înguste ale dozajului strict necesar, dat fiind că asemenea strategii le-ar putea restrânge șansele de aprobare de către FDA și le-ar crește masiv costurile. De exemplu, chiar dacă se știe că medicamentele SRI sunt benefice mai multor boli, printre care depresia, stresul posttraumatic, tulburările de anxietate și unele tulburări ale durerii, producătorul medicamentului poate să nu dorească să-și asume cheltuieli suplimentare pentru obținerea aprobării FDA — și nici să riște respingerea de către FDA — pentru introducerea în prospect a tuturor acelor indicații și/sau a unei limite mai largi a dozajului. Ori de câte ori un medic prescrie un medicament pentru o boală pentru care nu este aprobat sau într-un dozaj aflat în afara recomandărilor, atunci acel medicament este considerat „în afara prospectului". Din păcate, unele agenții de asigurări de sănătate pot refuza aprobarea acestor rețete (uneori scumpe) „în afara prospectului".

MEDICAMENTELE GENERICE

În termeni simpli, un medicament generic conține același ingredient activ sau principal ca formula originală; vorbind în modul general, este aproape întotdeauna mai ieftin. Însă asta nu înseamnă că medicamentul generic este *identic* cu omologul său de firmă. FDA consideră un medicament generic ca „echivalent" al unui medicament de firmă dacă nivelurile din sângele voluntarilor sănătoși variază până la 20%, ceea ce pentru unii pacienți înseamnă o diferență semnificativă. Un medicament generic mai poate diferi de cel original și

prin ingredientele sale inactive, şi prin tipul de administrare (tabletă sau capsulă, de pildă). Mai mult, medicamentele generice pot fi foarte diferite între ele (teoretic, cu o variaţie de până la 40% a nivelului în sânge). Aici lecţia este că dacă trecerea pe un medicament generic va duce la economii semnificative, atunci poate merita încercarea. Însă dacă simptomele reapar, cel mai bine este să se revină la medicamentul de firmă. În plus, dacă iei un medicament generic care funcţionează, nu-l schimba cu un alt medicament generic. De asemenea, ai în vedere faptul că unele farmacii şi unii medici primesc bonusuri la trecerea pacienţilor pe medicamente generice.

TRATAMENTE SEPARATE

Mulţi pacienţi primesc îngrijiri de la mai mulţi furnizori. Deseori, terapia poate fi adminstrată de un profesionist care nu este medic (psiholog, asistent social sau consilier), în timp ce medicaţia este administrată de un doctor (psihiatru sau medic de familie). Printre avantajele acestui tip de tratament se numără cheltuieli mai mici (fiind astfel încurajat de companiile de asigurări de sănătate), implicarea mai multor profesionişti şi separarea psihoterapiei de medicaţie. Dar această separare poate fi şi un dezavantaj, dat fiind că îi permite pacientului să-i împartă pe cei ce-l ajută în „buni" şi „răi" şi să devină confuz în privinţa tratamentului. Comunicarea strânsă între profesioniştii care tratează acelaşi pacient este esenţială pentru ca procesul să fie unul de succes. În majoritatea cazurilor, abordarea preferată poate fi un psihiatru care are abilităţi atât în aria medicală, cât şi în tehnicile de psihoterapie.

Ca şi boala în sine, opiniile profesioniştilor în privinţa prognosticului celor afectaţi de TPB au pendulat de la o extremă la alta. În anii 1980, Axa II a tulburărilor de personalitate era considerată, în general, ca fiind de durată şi stabilă în timp. *DSM-III* a afirmat că tulburările de personalitate „încep din copilărie sau adolescenţă şi persistă într-o formă stabilă (fără perioade de remisie sau exacerbare) în viaţa adultă".[12] Această percepţie era complet diferită de cea faţă de majoritatea tulburărilor de pe Axa I (cum ar fi depresia majoră, alcoolismul, tulburarea bipolară, schizofrenia etc.), care erau considerate mai episodice şi responsive la tratamentul farmacologic. Rata sinuciderilor în TPB se apropia de 10%.[13] Toate aceste consideraţii sugerau că prognosticul pentru TPB era mai degrabă descurajator.

Cu toate acestea, studiile de lungă durată publicate în ultimii ani au demonstrat îmbunătăţiri semnificative pe parcursul timpului.[14, 15] În aceste studii care au urmărit persoane borderline pe o perioadă de zece ani, două treimi dintre pacienţi n-au mai prezentat cinci din nouă

---

12 Asociaţia Americană de Psihiatrie: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised*, 3rd ed. (DSM-III-R) (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987): 16

13 Michael H. Stone, *The Fate of Borderline Patients: Successful Outcome and Psychiatric Practice* (New York: Guilford, 1990).

14 Mary C. Zanarini, Frances R. Frankenburg, John Hennen et al., „The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and Implications of the First Six Years of Prospective Follow-Up", *Journal of Personality Disorders* 19 (2005): 505–523.

15 Andrew E. Skodol, John G. Gunderson, M. Tracie Shea et al., „The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Overview and Implications", *Journal of Personality Disorders* 19 (2005): 487–504.

criterii definitorii ale TPB, fiind astfel consideraţi „vindecaţi", de vreme ce nu mai satisfăceau definiţia oficială din *DSM*. Îmbunătăţirile au apărut cu sau fără tratament, deşi pacienţii trataţi au intrat mai repede în remisiune. Majoritatea pacienţilor au rămas în tratament, iar recăderile s-au diminuat cu timpul. În ciuda acestor descoperiri optimiste, s-a descoperit totodată că, deşi aceşti pacienţi nu mai puteau fi numiţi oficial „borderline", unii dintre ei au continuat să aibă dificultăţi în funcţionarea interpersonală, care le-au afectat relaţiile sociale şi profesionale. Acest lucru sugerează că simptomele TPB mai acute şi pronunţate (care definesc în principal tulburarea), precum comportamentele suicidare şi automutilante, impulsivitatea distructivă şi gândirea cvasipsihotică, răspund mai rapid la tratament sau factorul timp decât simptomele temperamentale mai de durată (frica de abandon, sentimentul de vid interior, dependenţa etc.). Pe scurt, deşi prognosticul este, în mod evident, mult mai bun decât se credea iniţial, unele persoane borderline continuă să se chinuie cu probleme persistente.

Cei ce-şi învinge boala manifestă o mai mare capacitate de a avea încredere şi de a stabili relaţii satisfăcătoare (chiar dacă uneori nu foarte apropiate). Au un sentiment clar al scopului şi o înţelegere de sine mult mai stabilă. Într-un fel, chiar dacă problemele de tip bordeline rămân, starea pacienţilor se îmbunătăţeşte.

10

ÎNȚELEGERE ȘI VINDECARE

> Vezi tu, trebuie să alergi cât de repede poți ca să rămâi în același loc. Dacă vrei să ajungi în altă parte, trebuie să alergi cel puțin de două ori mai repede.
>
> (din *Alice în țara din oglindă*, de Lewis Carroll)

„Simt că am un gol în mine pe care nu-l pot umple niciodată." Elizabeth, o femeie atrăgătoare și inteligentă de 28 de ani, a fost trimisă inițial la terapie de către medicul ei de familie. Fusese măritată timp de șase ani cu un bărbat cu zece ani mai în vârstă decât ea și care, la un moment dat, îi fusese șef. Cu cinci luni înainte născuse primul ei copil, o fată, iar acum era deprimată sever.

Dobândise ceva despre care putea spune că este al ei, ceva care „să arate că restul lumii știe că sunt aici". În interior simțea că sinele ei adevărat era o mlaștină de emoții copilărești și că își ascunsese întotdeauna sentimentele, care erau „urâte și rele". Aceste conștientizări s-au transformat în ură de sine; voia să renunțe.

După calculele ei, Elizabeth se implicase în nouă aventuri extraconjugale în cei șase ani anteriori — toate cu

bărbați pe care i-a cunoscut la muncă. Aventurile au început la scurt timp după moartea tatălui ei. Majoritatea fuseseră relații în care ea deținuse un control total, mai întâi prin inițierea lor, iar apoi prin terminarea lor. I se păruse incitant că aceşti bărbați fuseseră aşa de uimiți de avansurile ei şi apoi de respingerea ei bruscă. Se bucurase de apropierea fizică, dar a recunoscut că se temea să fie prea implicată emoțional. Deşi controlase toate aceste relații, nu le-a considerat niciodată satisfăcătoare sexual; nu era receptivă sexual nici față de soțul ei. Recunoştea că folosea sexul pentru „egalizarea" relațiilor, pentru a păstra controlul; se simțea mai în siguranță aşa. Considera că intelectul şi personalitatea ei nu erau de ajuns pentru a păstra un bărbat.

Crescută într-o familie catolică din clasa muncitoare, Elizabeth avea trei frați mai mari şi o soră mai mică, care se înecase accidental la vârsta de cinci ani. Elizabeth avea doar opt ani atunci şi nu a înțeles evenimentul, cu excepția faptului că a observat cum mama ei devine tot mai retrasă.

Din câte îşi amintea Elizabeth, mama fusese extrem de critică față de ea, acuzând-o constant că era „rea". Când era micuță, mama insista s-o însoțească la biserică şi l-a obligat pe tatăl ei să construiască un altar în dormitorul lui Elizabeth. S-a simțit mai apropiată de tatăl ei, un bărbat pasiv şi tăcut, care era dominat de soție. Când ea a intrat la pubertate, el a devenit mai distant şi mai puțin afectuos.

Crescând, Elizabeth era tăcută şi timidă. Mama îi dezaproba orice legătură cu băieții şi îi supraveghea strict prieteniile cu fetele; trebuia să aibă prietene „acceptabile". Frații ei erau întotdeauna preferații mamei; Elizabeth glumea cu ei, încercând să fie „un tip de gaşcă". A avut note bune la şcoală, dar a fost descurajată să meargă la facultate. După absolvire, a început să lucreze cu normă întreagă ca secretară.

Pe măsură ce a trecut timpul, conflictele cu mama ei s-au acutizat. Încă din liceu, mama ei a declarat-o „târfă", acuzând-o mereu de promiscuitate, chiar dacă ea nu avea niciun fel de experiență sexuală. După un timp, după ce trebuise să îndure certuri crâncene cu mama ei, şi-a pus deoparte suficienți bani încât să se poată muta singură.

În timpul acestei perioade tulburi, Lloyd, şeful lui Elizabeth, s-a despărțit de soția lui şi a intrat într-un divorț dureros. Elizabeth i-a oferit consolare şi compasiune. El i-a răspuns prin încurajări şi sprijin. Au început să se întâlnească şi s-au căsătorit curând după pronunțarea divorțului lui. Bineînțeles, mama ei a certat-o crunt că se mărită cu un bărbat divorțat, mai ales unul care era cu zece ani mai mare şi catolic excomunicat.

Tatăl ei a rămas detaşat. A murit la un an după ce Elizabeth s-a căsătorit.

Cinci ani mai târziu, căsnicia ei se dezintegra, iar Elizabeth dădea vina pe soțul ei. Spunea că Lloyd era un „tâlhar", care îi furase tinerețea. Avea doar 19 ani când l-a cunoscut şi avusese o nevoie aşa de mare să aibă cineva grijă de ea, încât îşi vânduse tinerețea pe siguranță — anii în care ar fi putut experimenta „cine voia să fie, cine putea fi, cine ar fi trebuit să fie".

În fazele de început ale tratamentului, Elizabeth începuse să vorbească despre David, cea mai recentă şi mai importantă aventură a ei. Era cu 12 ani mai mare decât ea, un vechi prieten de familie şi preot de parohie. Era cunoscut şi iubit de întreaga ei familie, în special de mama ei. Era singurul bărbat de care Elizabeth se simțise legată. Aceasta era singura ei relație în care nu deținea controlul. Timp de doi ani, el încheiase brusc aventura, pentru ca apoi s-o reia. Ulterior ea i-a mărturisit psihiatrului ei că David era tatăl copilului. Soțul părea să nu-şi fi dat seama.

Elizabeth a devenit mai retrasă. Relația cu soțul ei, care era mai mult plecat, s-a deteriorat. A devenit mai înstrăinată de mama și frații ei, și și-a lăsat de izbelişte cele câteva prietenii. S-a opus încercărilor de a-l include și pe soțul ei în terapie, considerând că Lloyd și doctorul s-ar fi aliat și i-ar fi „ținut lui partea". Astfel, chiar și terapia i-a reîntărit credința că nu poate avea încredere în nimeni, fiindcă ar fi dezamăgită. Toate gândurile și emoțiile ei păreau pline de contradicții, ca și când ar fi fost într-un labirint plin de fundături. Sexualitatea părea singura ei cale de ieșire din labirint.

Terapeutul era adesea ținta plângerilor ei, fiindcă el era cel ce „deținea controlul". Țipa la el, îl acuza că este incompetent și amenința că nu mai vine la terapie. Spera ca el să se înfurie, să țipe la ea și să nu mai vrea s-o vadă, sau să devină defensiv și s-o implore să rămână. Dar el nu a făcut nici una, nici alta, iar ea a început să-i înjure calmul imperturbabil, considerându-l dovada lipsei lui de sentimente.

Deși era obișnuită cu călătoriile de afaceri frecvente ale soțului său, a început să devină tot mai speriată când rămânea singură. Pe durata acestor călătorii, din motive neclare pentru ea, a dormit pe podea. Când Lloyd se întorcea, își vărsa mereu furia pe el. A devenit mai deprimată. Sinuciderea devenea mai puțin o opțiune, cât un destin, ca și când totul conducea către acel final.

Percepția realității a devenit mai fragilă pentru Elizabeth: tânjea să fie psihotică, să trăiască într-o lume a fanteziei, în care să poată „merge oriunde" în mintea ei. Acea lume ar fi fost atât de departe de realitate, încât nimeni — nici chiar cel mai bun psihiatru — n-ar fi putut ajunge la ea, pentru a o face să „vadă ce e dedesubt".

În reveriile ei cu ochii deschiși, se imagina protejată de un bărbat puternic și frumos, care îi aprecia activ toate calitățile ei admirabile și era infinit de atent. Și-l imagina

ca pe un fost profesor, apoi ca pe ginecologul ei, apoi ca pe veterinarul familiei şi, în cele din urmă, ca pe psihiatrul ei. Elizabeth îi percepuse pe toţi aceşti bărbaţi ca fiind puternici, dar ştia, undeva în adâncul sufletului, că ei nu erau disponibili. Totuşi, în fantasmele ei aceşti bărbaţi erau copleşiţi de farmecul ei şi erau atraşi de ea în mod irezistibil. Când realitatea nu a urmat scenariul ei — când unul dintre aceşti bărbaţi i-a ignorat ostentativ flirtul —, a devenit deznădăjduită, urându-se pe sine şi considerând că nu era suficient de atrăgătoare.

Oriunde se uita, vedea femei mai frumoase, mai inteligente şi mai bune decât ea. Îşi dorea să fi avut părul mai frumos, ochii să aibă o altă culoare, iar pielea să-i fie mai luminoasă. Când se uita în oglindă, nu vedea imaginea unei tinere frumoase, ci o hoaşcă bătrână cu sâni fleşcăiţi, burtă mare şi gambe butucănoase. Se disprețuia că fusese o femeie a cărei singură valoare fusese frumusețea ei. Tânjea să fie un bărbat, ca fraţii ei, aşa încât mintea ei „să conteze".

În al doilea an de terapie în regim ambulatoriu, Elizabeth a trecut prin câteva pierderi, inclusiv moartea unchiului ei preferat, față de care se simțea apropiată. Era bântuită de vise recurente şi coşmaruri, pe care nu şi le putea aminti când se trezea. A devenit mai deprimată şi suicidară, fiind spitalizată în cele din urmă.

Printr-o terapie mai intensivă, a început să-şi amintească evenimente traumatice din copilărie, deschizând o cutie a Pandorei din care a țâşnit un şuvoi de amintiri. Şi-a amintit bătăile crunte primite de la mama ei, iar apoi a început să-şi amintească abuzurile sexuale ale mamei ei — episoade în care mama îi făcea spălături vaginale şi clisme, şi o mângâia, pentru a-i „curăța" vaginul. Aceste ritualuri au început când Elizabeth avea opt ani, la scurt timp după moartea surorii ei, şi au continuat până la pubertate. Printre amintiri se număra şi aceea în care

privea figura mamei şi îi observa o expresie blajină, liniştită; acestea erau singurele momente pe care şi le amintea când mama ei n-o critica.

Elizabeth şi-a adus aminte că stătea singură în dulap ore în şir, adesea adormind pe podea de teamă să nu fie molestată în pat. Uneori adormea cu o fundă sau un premiu câştigate la şcoală. Descoperise că aceste acţiuni erau liniştitoare, continuându-le şi ca adult, preferând de multe ori podeaua, patului şi petrecând mult timp singură în liniştea unei camere sau într-un dulap întunecos.

În spital, Elizabeth a vorbit despre diferite părţi ale personalităţii ei. A descris fantasma de a fi diferiţi oameni şi chiar le-a dat nume separate acestor fragmente de personalitate. Aceste *persona* erau femei independente, aveau talente unice şi fie erau admirate de ceilalţi, fie evitau din snobism contactele sociale. Elizabeth simţise că ori de câte ori realizase ceva sau avea succes, acest lucru se datora talentelor uneia dintre aceste segmente separate ale personalităţii. Avusese mari dificultăţi în integrarea acestor componente într-un concept de sine stabil.

Cu toate acestea, era conştientă că acestea erau fragmente de personalitate, iar acestea n-au preluat niciodată controlul funcţionării sale. N-a avut niciodată perioade clare de amnezie sau disociere, şi nici simptomele ei n-au fost considerate aspecte ale tulburării de identitate disociativă (personalitate multiplă) — deşi acest sindrom este frecvent asociat cu TPB.

Elizabeth folosea aceste „alte femei" pentru a-şi exprima dorinţele şi sentimentele pe care fusese forţată să şi le reprime. Crezând despre sine că n-are nicio valoare, a simţit aceste alte identităţi parţiale ca pe nişte entităţi separate, mai puternice. În spital, a învăţat treptat că ele făceau parte din ea în permanenţă. Conştientizarea acestui lucru i-a adus uşurare şi speranţă. A început să creadă că era mai puternică şi mai puţin

nebună decât îşi imaginase, acesta fiind un moment de cotitură în viaţa ei.

Dar încă nu-şi putea declara victoria. Asemenea unui ofiţer de instrucţie, le-a ordonat diferitelor părţi ale personalităţii ei să stea în faţa ei şi a tras concluzia că nu puteau porni la luptă fără o rezolvare unificatoare. Elizabeth — esenţa fiinţei ei — încă se temea de schimbare, dragoste şi succes, încă mai căuta în zadar siguranţa, încă fugea de relaţii. Acceptarea de sine avea să fie mai dificilă decât îşi imaginase vreodată.

După câteva săptămâni, Elizabeth a ieşit din spital şi a continuat tratamentul ambulatoriu. Pe măsură ce progresa, relaţia cu soţul ei se deteriora. Dar în loc să dea vina pe ea însăşi, cum făcea de obicei, a încercat să rezolve diferendele şi să rămână cu el. S-a distanţat de contactele nesănătoase cu membrii familiei. Şi-a dezvoltat o stimă de sine ceva mai bună. A început să meargă la cursuri la facultate şi s-a descurcat remarcabil de bine, obţinând titluri academice. S-a culcat cu prima diplomă sub pernă, la fel cum făcea când era copil. Mai târziu a intrat la Facultatea de Drept şi a fost premiată pentru meritul de a fi studentă de vârf în grupa ei. Şi-a format noi relaţii cu bărbaţi şi femei, şi a descoperit că se simte confortabil în ele, fără să trebuiască să deţină controlul. A devenit mai mulţumită de propria feminitate.

Puţin câte puţin, Elizabeth a început să se vindece. Simţea cum „se ridică vălurile". A comparat acest sentiment cu căutarea unui obiect antic valoros într-un pod întunecos plin de nimicuri — ştia că este pe acolo pe undeva, dar nu-l putea vedea din cauza acelui întreg talmeş-balmeş. Când, în fine, l-a zărit, nu putea ajunge la el fiindcă era „îngropat sub un maldăr de gunoaie inutile". Dar din când în când putea vedea clar o cale către obiect, ca şi când un fulger ar fi iluminat camera pentru scurt timp.

Dar fulgerele erau prea scurte. Vechile îndoieli apăreau ca niște figuri urâte într-un tren al groazei dintr-un parc de distracții. De multe ori s-a simțit ca și când ar fi urcat pe o scară rulantă ce cobora, făcând un pas înainte pentru ca scara s-o ducă doi înapoi. Tot continua să se minimalizeze și să confere altora meritele pentru reușitele ei. Dar prima ei provocare adevărată — să devină avocat — a fost aproape o realitate. Cu cinci ani înainte n-ar fi putut nici măcar să vorbească despre școală, deci cu atât mai puțin să aibă curajul să se înscrie. Tonul depresiilor ei începuse să se schimbe: depresia legată de eșec se transforma acum, recunoștea ea, într-o frică de succes.

CREȘTERE ȘI SCHIMBARE

„Schimbarea este o muncă foarte grea!" observa deseori Elizabeth. Necesită o retragere conștientă din situațiile nesănătoase și voința de a construi fundații mai sănătoase. Presupune capacitatea de a face față întreruperii unui echilibru îndelungat.

Asemenea evoluției darwiniste, schimbarea individuală are loc aproape imperceptibil după multe încercări și erori. Individul se opune instinctiv modificărilor. El poate trăi într-un soi de mlaștină, dar este mlaștina *lui*; știe unde sunt aligatorii și tot ce mișcă în zonă. A-și părăsi mlaștina înseamnă să se aventureze în necunoscut și, poate, să cadă într-o mlaștină și mai periculoasă.

Pentru persoana borderline, a cărei lume este atât de clar demarcată de repere în alb și negru, incertitudinea schimbării este și mai amenințătoare. Ea poate îmbrățișa strâns o extremă din frica de a nu cădea incontrolabil în abisul alteia. Anorecticul borderline, de pildă, se înfometează din spaima că, dacă mănâncă — fie și un singur

dumicat —, va pierde total controlul şi va ajunge iremediabil la obezitate.

Teama persoanei borderline de schimbare implică o neîncredere fundamentală în „frânele" sale. La oamenii sănătoşi, aceste „frâne" psihice permit o coborâre treptată din stările sau comportamentele de vârf, pentru a se opri uşor în „zona gri" a pantei. Temându-se că frânele sale nu-l vor ţine, un borderline crede că nu va fi capabil să se oprească şi că va aluneca fără niciun fel de control până la baza dealului.

Schimbarea, oricât de treptată ar fi, necesită modificarea reflexelor automate. Persoana borderline se află într-o situaţie mai degrabă similară unui copil care joacă „Fă-mă să clipesc" sau „Fă-mă să râd", care se străduieşte din răsputeri să se abţină să clipească sau să râdă, în timp ce un alt copil îşi flutură mâinile sau se strâmbă haios. Asemenea reflexe, formate de mulţi ani, pot fi modificate doar prin eforturi conştiente, motivate.

Şi adulţii se angajează uneori în concursuri similare de voinţă. Un om care dă peste un câine care latră furios, într-un cartier necunoscut, rezistă reflexului automat de a fugi de pericol. El îşi dă seama că, dacă fuge, câinele foarte probabil îl va ajunge din urmă şi va reprezenta o ameninţare şi mai mare. În schimb, el adoptă o atitudine opusă (şi mult mai prudentă, de obicei) — rămâne perfect nemişcat, permiţându-i câinelui să-l miroasă, după care îşi reia încet mersul.

Schimbările psihologice necesită rezistenţa la reflexele automate neproductive şi alegerea voită a unor alternative — alegeri diferite, chiar opuse reflexelor automate. Uneori, aceste moduri noi de comportament sunt înfricoşătoare, dar ele sunt moduri mai eficiente de a face faţă situaţiilor. Elizabeth şi psihiatrul ei au pornit pe drumul ei către schimbare prin psihoterapie individuală săptămânală. Contactele iniţiale s-au focalizat pe menţinerea

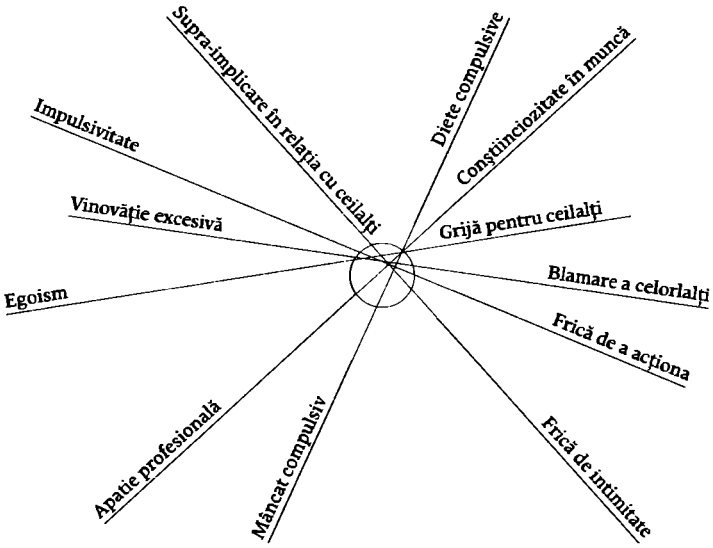
în siguranță a lui Elizabeth. Tehnicile și sugestiile cognitive i-au colorat primele contacte. Timp de câteva săptămâni, Elizabeth s-a opus recomandării doctorului de a lua antidepresive, dar curând după ce a fost de acord cu medicația a observat o ameliorare semnificativă a stărilor ei de dispoziție.

ÎNCEPUTURILE SCHIMBĂRII: AUTOEVALUAREA

Pentru un borderline, schimbarea înseamnă mai degrabă o reacordare fină decât o reconstrucție totală. În regimurile de slăbire raționale, care se opun aproape întotdeauna slăbirii masive în timp scurt, cele mai bune rezultate apar lent și treptat în timp, iar pierderea în greutate are o probabilitate mai mare să dureze. La fel, schimbarea în cazul unui borderline este mai bine să fie începută treptat, doar cu modificări minore la început, și trebuie să înceapă cu o autoevaluare: înaintea stabilirii unui nou curs, trebuie să-ți conștientizezi poziția curentă și să înțelegi în ce direcție trebuie să avanseze modificările.

Imaginați-vă personalitatea ca pe o mulțime de linii care se intersectează, fiecare reprezentând o anumită trăsătură de caracter (vezi Figura 10-1). Extremele fiecărei trăsături se află la capetele liniei, iar partea de mijloc, în centru. De exemplu, pe linia „conștiinciozității în muncă", un capăt poate indica preocuparea obsesivă sau „compulsia la muncă", iar celălalt capăt poate fi „iresponsabilitatea" sau „apatia"; mijlocul ar fi o atitudine undeva între aceste extreme, precum „profesionalism calm". Dacă ar exista o linie a „preocupării față de aspect", un capăt poate ilustra „atenția narcisică față de aspectul de suprafață", iar celălalt capăt, „dezinteresul total". La modul ideal, personalitatea ar arăta ca spițele unei roți perfect rotunde, cu toate aceste linii intersectându-se prin punctele lor mediane, în „butucul" roții.

Figura 10-1. Personalitatea ca o mulțime de linii intersectate



Desigur, nimeni nu este complet „centrat" tot timpul. Este important să identifici fiecare linie pentru care este dorită schimbarea şi să-ți localizezi poziția pe acea linie în raport cu mijlocul. Apoi schimbarea devine un proces al cunoaşterii locului în care te afli şi cât de departe vrei să mergi către mijloc. Cu excepția capetelor extreme, niciun loc anume nu este „mai bun" sau „mai rău" decât altul. Este vorba doar să te cunoşti pe tine (să te localizezi pe linie) şi să mergi în direcția adaptativă.

De exemplu, dacă izolăm linia „grija pentru ceilalți" (vezi Figura 10-2), un capăt (preocupare exagerată cu autosacrificiu) reprezintă punctul în care grija pentru ceilalți împiedică grija față de sine; o asemenea persoană poate avea nevoie să se dedice în totalitate celorlalți pentru a simți că are vreo valoare. Această poziție poate fi percepută ca un fel de „altruism egoist", pentru că „grija" unei asemenea persoane se bazează pe un interes

personal subconştient. La celălalt capăt („puţin îmi pasă") se află o persoană care nu se sinchiseşte de ceilalţi şi care „caută doar să fie numărul unu". La mijloc este un fel de echilibru — o combinaţie între preocuparea faţă de ceilalţi şi obligaţia de a avea grijă de propriile nevoi. O persoană a cărei compasiune se află în această zonă de mijloc îşi dă seama că numai având grijă mai întâi de propriile nevoi importante poate spera să-i ajute pe ceilalţi; este un fel de „egoism altruist".

Figura 10-2. Linia trăsăturii de personalitate „grija pentru ceilalţi".

Schimbarea apare când dobândeşti capacitatea de a-ţi localiza în mod obiectiv poziţia pe linie şi apoi de a compensa prin modificarea comportamentului în direcţia zonei de mijloc. Un individ care îşi localizează în mod realist poziţia actuală în stânga zonei de mijloc va încerca să le spună mai des „nu" celorlalţi, încercând, în general, să fie mai asertiv. Cel care se plasează la dreapta punctului de mijloc va reduce distanţa faţă de centru alegând modalităţi de acţiune mai sensibile la nevoile celorlalţi. Această poziţie reflectă povaţa înţeleptului din vechime, Hillel: „Dacă eu nu sunt de partea mea, atunci cine să fie? Dar dacă sunt numai de partea mea, atunci cine sunt eu? Şi dacă nu acum, atunci când?".

Bineînţeles, nimeni nu stă „în mijloc" tot timpul; trebuie să-ţi ajustezi mereu poziţia pe linie, echilibrând balansoarul când înclină prea mult într-o direcţie sau în cealaltă.

EXERSAREA SCHIMBĂRII

Adevărata schimbare are nevoie de mai mult decât încercări izolate de modificare a reflexelor automate; ea

implică înlocuirea vechilor comportamente cu unele noi, care să devină, în cele din urmă, la fel de naturale şi confortabile precum cele vechi. Înseamnă mai mult decât să-i furi tiptil osul câinelui rău; înseamnă să înveţi cum să te împrieteneşti cu câinele şi să-l iei la o plimbare.

La început, asemenea schimbări sunt, de obicei, incomode. Ca să folosim o analogie, un jucător de tenis poate decide că reverul său nesigur necesită îmbunătăţiri. Aşa că se înscrie la o serie de lecţii de tenis pentru a-şi ameliora lovitura. Noile tehnici pe care le învaţă pentru a-şi îmbunătăţi jocul dau rezultate slabe la început. Noul stil de a lovi mingea nu este la fel de comod precum cel vechi. Este tentat să revină la tehnica lui anterioară. Doar după un antrenament continuu poate să scape de vechile lui obiceiuri proaste şi să-şi formeze o „memorie musculară" mai eficace şi, în cele din urmă, mai confortabilă. În mod similar, schimbarea psihologică necesită adoptarea de noi reflexe pentru a le înlocui pe cele vechi. Această substituţie se produce în mod eficace, confortabil şi, ca urmare, permanent abia după o exersare asiduă.

A ÎNVĂŢA CUM SĂ MERGI ŞCHIOPĂTAT

Dacă o călătorie de o mie de kilometri începe cu un singur pas, drumul persoanei borderline în procesul de vindecare începe cu un singur şchiopătat. Schimbarea este un efort monumental pentru persoana borderline, mult mai dificil decât pentru alţii, din cauza trăsăturilor unice ale tulburării. Clivajul şi lipsa constanţei obiectului (vezi Capitolul 2) se combină pentru a forma o baricadă ameninţătoare împotriva încrederii în sine şi în ceilalţi şi a creării de relaţii confortabile.

Pentru a iniţia schimbarea, persoana borderline trebuie să iasă dintr-o poziţie autocontradictorie imposibilă: pentru a se accepta pe sine şi pe ceilalţi, trebuie să înveţe să

aibă încredere, dar ca să aibă încredere în ceilalți trebuie, de fapt, să înceapă să aibă încredere în ea însăşi, adică în propriile percepții asupra celorlalți. De asemenea, trebuie să învețe să le accepte acestora congruența şi stabilitatea — o sarcină dificilă pentru cineva care crede, ca un copil mic, că ceilalți „dispar" când pleacă din cameră. „Când nu te pot vedea", îi spunea Elizabeth psihiatrului ei la începutul tratamentului, „este ca şi când nu exişti".

Asemenea cuiva rănit la un picior, persoana borderline trebuie să învețe să meargă şchiopătat. Dacă rămâne la pat, muşchii i se vor atrofia şi i se vor strânge; dacă încearcă să facă exerciții prea intense, îşi va redeschide rana, care se va agrava. În schimb, trebuie să învețe să meargă şchiopătat, lăsându-şi suficient de mult greutatea pe acel picior cât să-i crească puterea treptat, dar nu atât de mult încât să-l forțeze şi să-i împiedice vindecarea (tolerând o durere uşoară, dar nu copleşitoare). La fel, vindecarea persoanei borderline necesită exercitarea unei presiuni suficiente cât s-o provoace să meargă mai departe. Pe măsură ce terapia lui Elizabeth a progresat, intervențiile cognitive au făcut loc unei abordări mai psihodinamice, cu o mai mare atenție centrată pe legăturile dintre experiențele ei trecute şi funcționarea curentă. În timpul acestei tranziții, intervențiile terapeutului s-au diminuat, iar Elizabeth a devenit responsabilă pentru o parte mai însemnată a terapiei.

LĂSAREA ÎN URMĂ A TRECUTULUI

Concepția despre lume a persoanei borderline, ca a majorității oamenilor, este dată de experiențele din copilărie, când familia constituia un microcosmos. Dar, spre deosebire de indivizii mai sănătoşi, persoana borderline nu poate face cu uşurință diferența între ea însăşi şi ceilalți membri ai familiei, şi nici între familia sa şi restul lumii.

Incapabilă să vadă lumea prin ochi de adult, persoana borderline continuă să trăiască viața ca un copil — cu perspectiva şi emoțiile intense ale unui copil. Când un copil mic este pedepsit sau admonestat, se vede pe sine ca indubitabil rău; el nu poate concepe ideea că este posibil ca mama sa să fi avut o zi proastă. Pe măsură ce copilul sănătos creşte, el vede că lumea este mai mare, mai complexă şi mai puțin dogmatică. Dar persoana borderline rămâne blocată — un copil într-un trup de adult.

„Există întotdeauna un moment în copilărie când uşa se deschide şi intră viitorul", scria Graham Greene în *Puterea şi gloria*. În copilăria majorității persoanelor borderline, responsabilitățile de adult au venit prea devreme; uşa se deschide şi mai larg, dar el nu poate face față luminii. Sau poate că tocmai deschiderea neînduplecată face lucrurile atât de dificile.

Pentru persoana borderline schimbarea vine când învață să vadă experiențele actuale — şi amintirile din trecut — prin „lentilele" de adult. Noua „vizionare" este asemănătoare cu urmărirea la televizor a unui vechi film de groază pe care nu l-ai mai văzut de ani de zile; pe vremuri, filmul, atât de înfricoşător odinioară pe marele ecran, pare banal — sau chiar caraghios — pe micul ecran şi cu lumina aprinsă; nu înțelegi de ce ai fost aşa de speriat când l-ai văzut prima dată.

Când Elizabeth intrase adânc pe făgaşul drumului ei prin psihoterapie, a început să-şi privească emoțiile din copilăria timpurie într-o altă lumină. A început să le accepte, să recunoască valoarea propriilor ei experiențe; şi-a dat seama că, dacă n-ar fi fost acele emoții şi experiențe timpurii, ea nu ar fi fost capabilă de aceeaşi pasiune şi motivație pentru noua ei carieră în Drept. „Emoțiile născute în copilăria mea", spunea ea, „continuă să mă bântuie. Dar până şi acest lucru îl văd într-o altă lumină. Aceleaşi moduri pe care le-am urât, le accept acum ca parte din mine."

Pentru un borderline, cel mai mare obstacol în calea schimbării este tendința lui de a evalua totul în extreme absolute. Persoana borderline trebuie să fie ori perfectă, ori un eşec total; notele pe care şi le acordă sunt fie 10+, fie, mai adesea, 1. În loc să învețe din acest 1, ea îl poartă ca pe un stigmat şi repetă, astfel, aceleaşi greşeli, fără să observe tiparele propriului comportament, din care ar putea învăța şi creşte.

Deloc dispus să joace cu cărțile care i s-au dat, un borderline se aruncă de fiecare dată, pierzând banii pe care i-a pus în joc şi aşteptând să primească un careu de aşi. Dacă nu poate fi asigurat că va câştiga, nu va juca mâna. Progresele apar când învață să accepte cărțile care i s-au dat şi îşi dă seama că, dacă joacă atent, poate câştiga încă.

Ca mulți oameni, persoana borderline este uneori paralizată de indecizie. Multitudinea de alternative i se pare copleşitoare şi se simte incapabilă să ia vreo decizie. Dar pe măsură ce se maturizează, alegerile par mai puțin înfricoşătoare şi pot deveni chiar o sursă de mândrie şi de independență tot mai pronunțată. În acel moment, persoana borderline îşi dă seama că se confruntă cu decizii pe care numai ea le poate lua. „Descopăr", nota Elizabeth, „că rădăcinile indeciziei mele sunt începutul succesului. Vreau să spun că agonia alegerii este aceea că văd brusc opțiunile."

STABILIREA LIMITELOR: CREAREA UNEI IDENTITĂȚI

Unul dintre principalele obiective ale persoanei borderline este să-şi creeze un sentiment separat al identității şi să-şi depăşească tendința de a fuziona cu ceilalți. În

termeni biologici, este asemenea trecerii de la o formă de viață parazitară la o stare de simbioză şi chiar la independență. Atât simbioza, cât şi independența pot fi înfricoşătoare, şi majoritatea persoanelor borderline au senzația că a se baza pe ele însele este ca mersul pentru prima dată.

În biologie, existența parazitului depinde în întregime de organismul gazdă. Când căpuşele parazite sug prea mult sânge, câinele gazdă moare, iar căpuşele îl urmează curând. Relațiile umane funcționează cel mai bine când sunt mai puțin parazitare şi mai mult simbiotice. În simbioză, două organisme o duc mult mai bine împreună, dar pot supraviețui şi independent. De exemplu, muşchiul care creşte pe copac îl poate ajuta pe acesta prin umbra pe care i-o ține, şi se ajută pe sine având acces la marea sursă de apă subterană a copacului. Dar dacă muşchiul sau copacul moare, celălalt poate continua să supraviețuiască, deşi nu la fel de bine. Persoana borderline funcționează uneori ca un parazit a cărei dependență pretențioasă îl poate distruge, în cele din urmă, pe cel de care se agață cu atâta putere; când acesta pleacă, persoana borderline poate fi distrusă. Dacă ea poate învăța să stabilească relații de colaborare cu ceilalți, pot învăța cu toții să trăiască mai mulțumiți.

Confortul tot mai mare al lui Elizabeth cu alte persoane a început cu relația cu psihiatrul ei. După luni întregi de testare a loialității lui prin admonestarea şi criticarea lui, şi prin amenințarea că pleacă din terapie, Elizabeth a început să aibă încredere în devotamentul lui profesional față de ea. A început să-i accepte defectele şi greşelile, în loc să le vadă ca pe dovezi ale unei dezamăgiri inevitabile care o aştepta. După o vreme, Elizabeth a început să extindă această încredere şi asupra altor persoane din viața ei. Şi a început să se accepte pe sine, cu toate imperfecțiunile, la fel cum îi accepta şi pe ceilalți.

Pe măsură ce Elizabeth a continuat să progreseze, a devenit tot mai sigură pe ea că n-o să-şi piardă „esenţa fiinţei ei interioare". Dacă odinioară nu-şi găsea locul într-un grup de oameni, simţindu-se stângace şi străină, acum se putea simţi confortabil cu alţii, lăsându-i să-şi asume responsabilitatea pentru ei înşişi, iar ea având grijă de ea. Dacă odinioară se simţea obligată să adopte un rol pentru a se simţi potrivită într-un grup, acum putea să-şi păstreze un sentiment de sine stabil şi constant; acum putea „să-şi păstreze culoarea" cu mai multă uşurinţă. Stabilirea unei identităţi constante înseamnă dezvoltarea abilităţii de a sta singur, fără a te baza pe altcineva pentru sprijin. Înseamnă să ai încredere în propria judecată şi în propriile instincte, iar apoi să acţionezi, în loc să aştepţi feedbackul celorlalţi pentru ca după aceea să *re*acţionezi.

CONSTRUIREA RELAŢIILOR

Pe măsură ce persoana borderline îşi făureşte un sentiment distinct, esenţial, al identităţii, ea se şi diferenţiază de ceilalţi. Schimbarea necesită aprecierea celorlalţi ca fiinţe independente şi empatia de a le înţelege eforturile. Defectele şi imperfecţiunile lor nu trebuie doar recunoscute, ci şi înţelese ca separate de ale sale, ceea ce face parte din procesul de mentalizare (vezi Capitolul 8). Când această sarcină eşuează, relaţia se clatină. Prinţesa Diana şi-a plâns pierderea fantasmei căsătoriei de poveste cu prinţul Charles: „Îmi făcusem multe visuri când eram o fetişcană. Voiam, speram... ca soţul meu să aibă grijă de mine. Urma să fie o figură paternă, care să mă susţină şi să mă încurajeze... Dar n-am primit nimic din toate acestea. Nu-mi

venea să cred. N-am primit absolut nimic din toate astea. Era o inversare de roluri"[1].

Persoana borderline trebuie să învețe să integreze aspectele pozitive şi negative ale altor indivizi. Când un borderline vrea să se apropie de o altă persoană, el trebuie să învețe să fie suficient de independent încât să fie dependent într-un mod confortabil, nu disperat. El învață să funcționeze simbiotic, nu parazitar. Persoana borderline care se vindecă dezvoltă o constanță a obiectului cu privire la sine şi ceilalți; încrederea — în ceilalți şi în propriile percepții — se dezvoltă. Lumea devine mai echilibrată, mai pe la mijloc.

Când urci un munte, experiența cea mai deplină vine când poți aprecia întreaga privelişte: te uiți în sus şi nu-ți pierzi din ochi ținta, te uiți în jos şi îți dai seama de progresele făcute pe măsură ce avansezi. Iar la final te odihneşti uitându-te în jur şi admirând peisajul exact de unde eşti în momentul acela. O parte din experiență constă în a-ți da seama că nimeni nu atinge vreodată vârful; viața este o continuă urcare pe munte. O bună parte a sănătății mentale constă în a fi capabil să apreciezi călătoria — să fii capabil să înțelegi *Rugăciunea seninătății*, invocată în majoritatea şedințelor programului în 12 paşi: „Doamne, dă-mi seninătatea de a accepta lucrurile pe care nu le pot schimba, curajul de a schimba lucrurile pe care pot să le schimb şi înțelepciunea de a şti să le deosebesc".

RECUNOAŞTEREA EFECTULUI SCHIMBĂRII ASUPRA ALTORA

Când un individ începe terapia, adesea nu înțelege că *el*, şi nu ceilalți, este cel care trebuie să facă schimbări.

---

[1] Andrew Morton, *Diana: Her New Life* (Philadelphia: Trans-Atlantic Publications, 1995): 155.

Însă când el chiar face schimbări, oamenii importanți din viața sa trebuie să se modifice și ei. Relațiile stabile sunt sisteme dinamice, fluctuante, care au atins o stare de echilibru. Când o persoană din acel sistem își schimbă semnificativ modul de a relaționa, ceilalți trebuie să recurgă și ei la modificări pentru a se reface homeostazia, o stare de echilibru. Dacă aceste modificări nu apar, sistemul se poate prăbuși, iar relațiile se pot nărui.

De exemplu, Alicia consultă un psihoterapeut pentru depresie severă și anxietate. În terapie, ea se revoltă contra soțului ei alcoolic Adam, pe care dă vina pentru sentimentele ei de nimicnicie. În cele din urmă, ea își dă seama de propriul rol în mariajul care se destramă — propria nevoie ca toți ceilalți să devină dependenți de ea, nevoia ei opusă de a-i face de rușine și frica ei de independență. Începe să-l blameze mai puțin pe Adam. Își dezvoltă noi interese și relații. Încetează episoadele de plâns; inițiază certuri pe tema băutului lui; echilibrul căsniciei este stricat.

Adam consideră că acum situația este mult mai incomodă decât înainte. El poate să bea mai mult, în încercarea inconștientă de a restabili vechiul echilibru și de a o forța pe Alicia să revină la rolul ei de martiră grijulie. O poate acuza că se întâlnește cu alți bărbați și poate încerca să zdruncine relația lor, care acum este intolerabilă pentru el.

Sau poate începe să vadă necesitatea schimbării și propria responsabilitate în menținerea acestui echilibru patologic. El poate profita de oportunitatea de a-și vedea mult mai clar propriile acțiuni și de a-și reevalua propria viață, așa cum a văzut că face soția sa.

Participarea la terapie poate fi o experiență valoroasă pentru toți cei implicați. Cu cât Elizabeth devenea mai interesantă și mai instruită, cu atât i se părea mai ignorant soțul ei. Cu cât ea devenea mai deschisă la minte — cu atât percepea mai multe nuanțe de gri ale unei

situații — cu atât el devenea mai obtuz, pentru a restabili echilibrul. Ea simțea că „lasă pe cineva în urmă". Acea persoană era ea — sau, mai precis, o parte din ea de care nu mai avea nevoie sau pe care nu o mai dorea. În propriile-i cuvinte, ea „creștea".

Pe măsură ce tratamentul lui Elizabeth se apropia de sfârșit, mergea mai rar la doctorul ei, dar tot mai trebuia să se confrunte cu alți oameni importanți din viața ei. S-a certat cu fratele ei, care refuza să-şi asume problema cu drogurile. El a acuzat-o că e o „snoabă" şi că „foloseşte noile prostii psihologice ca muniție". S-au certat amarnic pe tema lipsei de comunicare din familie. El i-a spus că şi după ce a mers la toți doctorii „psihopupu", tot „scrântită" rămăsese. Apoi Elizabeth s-a certat cu mama ei, care rămăsese la fel de poruncitoare şi critică, incapabilă să-i arate vreun fel de dragoste. S-a confruntat cu soțul ei, care îşi declama dragostea, dar continua să bea masiv şi îi critica dorința de a-şi continua educația. A refuzat s-o ajute în creşterea copilului lor, iar după o vreme ea a bănuit că absențele lui frecvente erau cauzate de relația cu o altă femeie.

Într-un final, Elizabeth a început să-şi dea seama că nu avea puterea de a-i schimba pe ceilalți. A utilizat tehnicile SET în încercarea de a-şi înțelege mai bine acești membri ai familiei şi pentru a se proteja mai bine pe sine prin păstrarea granițelor, care o puteau feri de a mai fi atrasă în alte conflicte. A început să-i accepte aşa cum erau, să-i iubească atât cât putea şi să-şi vadă mai departe de viața ei. Şi-a dat seama că are nevoie de noi prieteni şi noi activități în viața ei. Elizabeth a numit toate acestea „întoarcerea acasă".

ANEXA A
CLASIFICĂRILE DIN DSM-IV-TR

Manualul de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale, ediţia a patra, revizuită (*DSM-IV-TR*) a fost publicat de Asociaţia Americană de Psihiatrie în anul 2000. Această lucrare încearcă să evalueze bolile psihice pe cinci axe.

Axa I cuprinde majoritatea tulburărilor psihice, cu excepţia tulburărilor de personalitate şi a retardului mental.

Axa II cuprinde tulburările de personalitate şi grade de retardare mentală.

Axa III constă în orice boli fizice generale asociate.

Axa IV se referă la problemele psihosociale şi de mediu ce pot complica diagnosticul şi tratamentul.

Axa V cuprinde evaluarea globală a funcţionării realizată de clinician prin Scala Evaluării Globale de Funcţionare (GAF), care măsoară gradul de funcţionare de la 0 la 100.

AXA I – TULBURĂRI CLINICE

(Enumerare parțială cu câteva exemple)

Tulburări diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau în adolescență
- Tulburări de învățare
- Tulburare de hiperactivitate/deficit de atenție
- Autism
- Tulburare Tourette

Delirium, demență, tulburări amnestice și alte tulburări cognitive
- Delirium indus de o substanță
- Demență de tip Alzheimer
- Demență cauzată de traumatismul cranian

Tulburări în legătură cu o substanță
- Dependență de alcool
- Abuz de cocaină
- Abuz de canabis
- Abuz de amfetamină
- Intoxicație cu halucinogene

Schizofrenia și alte tulburări psihotice
- Schizofrenie

Tulburări afective
- Tulburare depresivă majoră
- Tulburare distimică
- Tulburare bipolară I
- Tulburare bipolară II

Tulburări anxioase
- Panică fără agorafobie

Panică cu agorafobie
Fobie specifică
Stres posttraumatic
Fobie socială
Tulburare obsesiv-compulsivă
Anxietate generalizată

Tulburări somatoforme
Tulburare de somatizare
Ipohondrie
Tulburare de conversie
Tulburare dismorfică corporală

Tulburări factice

Tulburări disociative
Tulburare de identitate disociativă
(personalitate multiplă)
Amnezie disociativă
Fugă disociativă

Disfuncții sexuale
Ejaculare prematură
Vaginism
Exhibiționism
Pedofilie
Fetișism

Tulburări de comportament alimentar
Anorexie nervoasă
Bulimie nervoasă

Tulburări de somn
Tulburări de somn primare
Somnambulism

AXA II – TULBURĂRI DE PERSONALITATE

(Enumerare completă)

Grupa A (ciudat, excentric)
Tulburarea de personalitate paranoidă
Tulburarea de personalitate schizoidă
Tulburarea de personalitate schizotipală

Grupa B (dramatic, emoțional)
Tulburarea de personalitate antisocială
Tulburarea de personalitate borderline
Tulburarea de personalitate histrionică
Tulburarea de personalitate narcisistică

Grupa C (anxios, temător)
Tulburarea de personalitate evitantă
Tulburarea de personalitate dependentă
Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă

DEFINIȚII DE DIAGNOSTIC VIITOARE

Nomenclatorul nostru curent de definire a TPB se bazează pe îndeplinirea unui anumit număr minim de simptome descriptive enumerate în *DSM-IV-TR* al APA: un individ *are* TPB dacă prezintă cel puțin cinci criterii din nouă (vezi Capitolul 2). Astfel, unei persoane care manifestă, să zicem, cinci simptome, iar apoi este capabilă să elimine unul singur, i se retrage imediat acest diagnostic.

Însă paradigma *categorială* nu reflectă percepția tradițională asupra personalității, şi anume că personalitatea nu se schimbă aşa de brusc. Astfel, este foarte probabil ca

viitoarea definiție a TPB din *DSM* să integreze trăsături *dimensionale*. În această paradigmă poate fi luat în considerare *gradul* de funcționare sau de incapacitate. Mai precis, doctorul va putea factoriza într-o evaluare și *gradul* caracteristicilor specifice (precum impulsivitatea, labilitatea emoțională, dependența de recompensă, evitarea rănirilor etc.) — nu doar *prezența* acestor simptome — pentru a diagnostica (sau nu) TPB. Intenția operării unor asemenea modificări ale *DSM* este măsurarea cu mai multă precizie a schimbărilor și a gradului de ameliorare, nu doar simpla determinare a prezenței sau absenței tulburării.

ANEXA B
EVOLUȚIA SINDROMULUI BORDERLINE

Conceptul de personalitate borderline s-a dezvoltat în principal prin formulările teoretice ale autorilor psihanaliști. Criteriile curente din *DSM-IV-TR* — principii de definire observabile, obiective și de încredere ale acestei tulburări — sunt derivate din scrierile speculative mai abstracte ale teoreticienilor psihanalitici din ultima sută de ani.

FREUD

Pe vremea lui Sigmund Freud, la începutul secolului al XX-lea, psihiatria era o ramură a medicinei foarte aproape de neurologie. Sindroamele psihiatrice erau definite pe baza comportamentelor direct observabile, și nu a mecanismelor mentale sau „inconștiente" neobservabile, care erau atribuite unor anomalii neurofiziologice.

Deși Freud însuși era un neurofiziolog cu experiență, el a explorat mintea din alte perspective. A dezvoltat conceptul de inconștient și a inițiat tradiția explorării

psihologice — mai degrabă decât fiziologice — a comportamentului uman. Totuşi, el a rămas convins că în cele din urmă se vor descoperi acele mecanisme fiziologice care să coincidă cu teoriile lui psihologice.

La o sută de ani după munca de pionierat a lui Freud, am ajuns aproape la închiderea cercului: astăzi, criteriile de diagnostic sunt din nou definite prin fenomene observabile, iar noile frontiere ale cercetării TPB şi a altor tipuri de boli mentale explorează din nou factori neurofiziologici, recunoscând totodată impactul factorilor psihologici şi de mediu.

Explicaţia dată de Freud inconştientului este piatra de temelie a psihanalizei. El credea că psihopatologia este rezultatul conflictului dintre pulsiunile primare inconştiente şi nevoia minţii conştiente de a împiedica intrarea în conştient a acestor gânduri dezgustătoare, inacceptabile. Pentru explorarea teoriilor sale a folosit mai întâi hipnoza, iar apoi „asociaţia liberă" şi alte tehnici psihanalitice devenite, între timp, clasice.

Ca o ironie, la început Freud a intenţionat ca psihanaliza să fie, în principal, un instrument de investigaţie, şi nu o formă de tratament. Cazurile sale pitoreşti „Omul cu şobolani", „Omul cu lupi", „Micul Hans", „Anna O." etc. au fost publicate pentru a-i susţine teoriile, dar şi pentru a promova psihanaliza ca metodă de tratament. Despre aceşti pacienţi, pe care Freud îi considera afectaţi de isterie şi alte tipuri de nevroze, mulţi psihiatri cred că acum ar fi identificaţi în mod clar ca fiind borderline.

AUTORII PSIHANALITICI POSTFREUDIENI

Psihanaliştii care au urmat după Freud au fost cei care au contribuit majoritar la conceptul modern de sindrom

borderline.[1] În 1925, lucrarea *Impulsive Character* a lui Wilhelm Reich descria încercările lui de aplicare a psihanalizei anumitor tipuri neobişnuite de tulburări caracteriale pe care le întâlnise în practica sa clinică. Conform descoperirilor lui, „caracterul impulsiv" era adesea cufundat simultan în două stări emoţionale extrem de contradictorii, dar era capabil să menţină ambele stări fără vreun disconfort vizibil, cu ajutorul mecanismului clivajului — concept ce a devenit central tuturor teoriilor ulterioare asupra sindromului borderline, în special celei a lui Kernberg (vezi mai jos).

La sfârşitul anilor 1920 şi începutul anilor 1930, adepţii psihanalistei britanice Melanie Klein au cercetat cazurile multor pacienţi la care psihanaliza părea pur şi simplu să nu ajungă. Kleinienii s-au concentrat pe dinamica psihologică şi nu pe factorii constituţionali-biologici.

Termenul *borderline* a fost folosit prima dată de Adolph Stern în 1938 pentru a descrie un grup de pacienţi care nu păreau să se încadreze în niciuna din principalele categorii diagnostice a „nevrozelor" sau „psihozelor".[2] Aceste persoane erau în mod evident mai bolnave decât pacienţii nevrotici — de fapt, „prea bolnavi pentru psihanaliza clasică" —, însă, totuşi, nu interpretau eronat lumea reală tot timpul, ca pacienţii psihotici. Deşi prezentau ca şi nevroticii o gamă largă de simptome anxioase, totuşi pacienţii nevrotici aveau un sentiment mai solid şi coerent al identităţii şi foloseau mecanisme de ajustare mai mature.

---

1 Michael H. Stone, „The Borderline Syndrome: Evolution of the Term, Genetic Aspects and Prognosis", *American Journal of Psychotherapy* 31 (1977): 345–365.

2 Adolph Stern, „Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses", *The Psychoanalytic Quarterly* 7 (1938): 467–489.

În anii 1940 şi 1950, alţi psihanalişti au început să recunoască o populaţie de pacienţi care nu se încadrau în descrierile de patologie existente. Unii pacienţi păreau să fie nevrotici sau cu simptome uşoare, dar când intrau în psihoterapia tradiţională, mai ales în psihanaliză, se „dezvăluiau". La fel, şi spitalizarea le exacerba simptomele şi sporea comportamentul infantil al pacientului, şi dependenţa acestuia de terapeut şi spital.

Alţi pacienţi păreau sever psihotici, adesea diagnosticaţi ca schizofrenici, doar pentru a-şi reveni brusc şi neaşteptat într-un timp foarte scurt. (Asemenea ameliorări dramatice nu concordă cu traseul obişnuit al schizofreniei). Şi mai era încă o categorie de pacienţi care prezentau simptome sugerând depresia, dar oscilaţiile lor radicale de dispoziţie nu se încadrau în profilul obişnuit al tulburărilor depresive.

Testarea psihologică a confirmat, de asemenea, prezenţa unei noi categorii unice. Anumiţi pacienţi se descurcau normal la testele psihologice structurate (precum testele de inteligenţă), dar la testele nestructurate, proiective, ce necesitau răspunsuri narative personalizate (precum testul petelor de cerneală Rorschach) răspunsurile lor erau mult mai apropiate de cele ale pacienţilor psihotici, care prezentau o gândire şi imaginaţie mult mai regresate, de nivel copilăresc.

În timpul acestei perioade postbelice, psihanaliştii s-au axat pe diferite aspecte ale sindromului, căutând să dezvolte o delimitare clară. În multe privinţe, situaţia era similară celei din vechea poveste cu orbii care pipăiau diferite părţi anatomice ale unui elefant, încercând să le identifice. Bineînţeles că fiecare descria un alt animal, în funcţie de partea pe care o pipăise. La fel, cercetătorii puteau să atingă şi să identifice diferite aspecte ale sindromului borderline, dar nu puteau vedea întreg organismul. Mulţi cercetători (Zilboorg, Hoch şi

Polatin, Bychowski şi alţii)[3, 4, 5] şi *DSM-II* (1968)[6] s-au raliat în jurul aspectelor tulburării similare schizofreniei, folosind termeni precum „schizofrenie ambulatorie", „preschizofrenie", „schizofrenie pseudonevrotică" şi „schizofrenie latentă", pentru a descrie boala. Alţii s-au concentrat pe lipsa unui sentiment fundamental, coerent, al identităţii la aceşti pacienţi. În 1942, Helene Deutsch descria un grup de pacienţi care şi-au depăşit un sentiment intrinsec de vid interior printr-o modificare cameleonică a experienţelor lor emoţionale interioare şi exterioare astfel încât să se potrivească oamenilor şi situaţiilor cu care erau în contact în acel moment. Ea a numit această tendinţă de a adopta calităţile celorlalţi ca mijloc de a le obţine sau păstra iubirea „personalitate ca-şi-cum".[7]

În 1953, Robert Knight a revitalizat termenul *borderline* în consideraţiile sale despre „stările borderline".[8] El şi-a dat seama că, chiar dacă anumiţi pacienţi prezentau simptome semnificativ diferite şi li se puneau diagnostice diferite, ei aveau o patologie comună.

După publicarea lucrării lui Knight, termenul *borderline* a devenit mai popular, iar posibilitatea folosirii

---

3 Gregory Zilboorg, „Ambulatory Schizophrenia", *Psychiatry* 4 (1941): 149–155.

4 Paul Hoch şi Philip Polatin, „Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia", *Psychiatric Quarterly* 23 (1949): 248–276.

5 Gustav Bychowski, „The Problem of Latent Psychosis", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 4 (1953): 484–503.

6 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. (DSMII) (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968).

7 Helene Deutsch, „Some Forms of Emotional Disturbance and the Relationship to Schizophrenia", *The Psychoanalytic Quarterly* 11 (1942): 301–321.

8 Robert P. Knight, „Borderline States", *Bulletin of the Menninger Clinic* 17 (1953): 1–12.

ca diagnostic a conceptului general de borderline al lui Stern a devenit mai acceptabilă. În 1968, Roy Grinker şi colegii lui au definit patru subtipuri de pacienţi borderline: (1) grupul celor afectaţi sever, care se învecinau cu psihoticii; (2) un grup „borderline în esenţă", cu relaţii interpersonale turbulente, stări emoţionale intense şi singurătate; (3) un grup „ca şi cum", uşor influenţaţi de ceilalţi şi fără o identitate stabilă; (4) categoria celor afectaţi uşor, cu o încredere de sine scăzută şi învecinându-se cu capătul nevrotic al continuumului.[9]

Însă în ciuda tuturor acestor cercetări de pionierat extinse, diagnosticul de personalitate borderline era încă ambiguu printre clinicienii aflaţi în practică. Era considerat de mulţi un „diagnostic de tip coş de gunoi", în care erau aruncaţi acei pacienţi care nu erau suficient înţeleşi, care aveau rezistenţă la terapie sau care, pur şi simplu, nu înregistrau ameliorări; situaţia a rămas în acest fel până spre mijlocul anilor 1970.

Pe măsură ce personalitatea borderline era definită tot mai riguros şi delimitată mai clar de alte sindroame, s-au făcut încercări de schimbare a numelui său ambiguu. La un moment dat, în cursul elaborării *DSM-III,* s-a luat în considerare pentru scurt timp varianta „personalitate instabilă". Însă patologia caracterială borderline este relativ fixată şi invariabilă (cel puţin pentru o perioadă considerabilă), în ciuda haosului său — este previzibil de stabilă în instabilitatea ei. Niciun alt nume propus nu s-a impus ca înlocuitor.

În anii '60 şi '70 au apărut două mari şcoli de gândire, care au conturat un set congruent de criterii pentru definirea sindromului borderline. Ca şi alte discipline din ştiinţele naturale şi sociale, psihiatria era împărţită

---

9 Roy R. Grinker, Beatrice Werble şi Robert C. Drye, *The Borderline Syndrome* (New York: Basic Books, 1968).

ideologic în două mari tabere — una orientată mai degrabă pe concept, iar alta influențată mai mult de comportamentul descriptiv, observabil, ce putea fi testat în mod repetat cu ușurință și studiat în condiții de laborator.

Școala empirică, condusă de John G. Gunderson, de la Universitatea Harvard, și preferată de mulți cercetători, a elaborat o definiție mai comportamentală structurată, bazată pe criterii observabile și astfel mai accesibile studiilor și cercetărilor. Această definiție este cel mai larg acceptată, iar în 1980 a fost adoptată în *DSM-III* și păstrată în *DSM-IV* (vezi Capitolul 2).

Cealaltă școală, orientată mai mult pe concept, condusă de Otto Kernberg, de la Universitatea Cornell, și preferată de mulți psihanaliști, propune o abordare mai psihostructurală, ce descrie sindromul mai degrabă pe baza funcționării intrapsihice și a mecanismelor de apărare, și nu a comportamentelor evidente.

„ORGANIZAREA BORDERLINE A PERSONALITĂȚII" (OBP) A LUI KERNBERG

În 1967, Otto Kernberg a introdus conceptul său de organizare borderline a personalității (OBP), un concept mai larg decât actuala tulburare de personalitate borderline din *DSM-IV*. Conceptualizarea lui Kernberg plasează OBP la mijloc între organizarea nevrotică și cea psihotică a personalității.[10, 11] Un pacient cu OBP, conform definiției lui Kernberg, este mai puțin afectat decât un

[10] Otto Kernberg, „Borderline Personality Organization", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 15 (1967): 641–685.

[11] Otto Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (New York: Jason Aronson, 1975).

psihotic, care percepe realitatea sever distorsionat, lucru care îi face funcționarea normală imposibilă. Pe de altă parte, persoana borderline este mult mai inaptă decât o persoană cu o organizare nevrotică a personalității, care trăiește o anxietate intolerabilă ca rezultat al conflictelor emoționale. Percepția identității la nevrotic și sistemul de mecanisme de apărare sunt, de obicei, mai adaptative decât cele ale persoanei borderline.

OBP cuprinde și alte tulburări de pe Axa II sau caracteriale, cum ar fi tulburările paranoidă, schizoidă, antisocială, histrionică și narcisică. În plus, include și tulburările obsesiv-compulsivă, de anxietate cronică, ipohondria, fobiile, perversiunile sexuale și reacțiile disociative (precum tulburarea de identitate disociativă — cunoscută și sub numele de personalitate multiplă). În sistemul lui Kernberg, pacienții diagnosticați acum cu TPB ar constitui doar 10–25% dintre pacienții clasificați ca având OBP. Un pacient diagnosticat cu TPB este considerat ca având un nivel de funcționare mai scăzut și un grad mai ridicat de severitate în cadrul diagnosticului OBP.

Deși sistemul lui Kernberg n-a fost adoptat oficial de către APA, munca lui a avut (și continuă să aibă) o influență semnificativă ca model teoretic atât pentru clinicieni, cât și pentru cercetători. În general, schema lui Kernberg pune accentul pe mecanismele interne inferate, care sunt discutate mai jos.

UN SIMȚ VARIABIL AL REALITĂȚII

Asemenea nevroticilor, persoanele borderline mențin contactul cu realitatea în majoritatea timpului; în condiții de stres însă, persoana borderline poate regresa într-o stare psihotică pentru scurt timp. Marjorie, de 29 de ani, căsătorită, a venit la terapie pentru depresie în creștere și probleme în căsnicie. Femeie atrăgătoare și inteligentă,

Marjorie a relaționat cu calm în primele opt ședințe. A fost imediat de acord cu o ședință împreună cu soțul ei, dar în timpul acelei ședințe a ridicat vocea și a devenit necaracteristic de beligerantă. Lăsând fațada de autocontrol, a început să-și apostrofeze soțul pentru presupuse infidelități. L-a acuzat pe terapeut că-i ține partea soțului („voi, bărbații, faceți întotdeauna front comun!") și i-a acuzat pe amândoi că vor să conspire împotriva ei. Transformarea bruscă dintr-o femeie relaxată și ușor deprimată într-una furioasă și paranoidă este caracteristică trecerii rapide a granițelor realității observate la persoanele borderline.

SLĂBICIUNI NESPECIFICE DE FUNCȚIONARE

Persoanele borderline au mari dificultăți în tolerarea frustrării și în gestionarea anxietății. În concepția lui Kernberg, comportamentul impulsiv este o încercare de dispersare a acestei tensiuni. Persoanele borderline au și instrumente de sublimare defecte; adică sunt incapabile să direcționeze frustrările și sentimentele incomode în moduri adaptative social. Deși persoanele borderline pot manifesta empatie, căldură și vinovăție extreme, aceste manifestări sunt adesea gesturi învățate, mai degrabă manipulative, doar de suprafață, în loc să fie expresii ale unor sentimente reale. Într-adevăr, persoana borderline se poate comporta ca și când a uitat complet efuziunea dramatică petrecută cu doar câteva momente mai înainte, asemenea unui copil care de la o criză temperamentală trece direct la zâmbete și râs.

GÂNDIRE PRIMITIVĂ

Persoanele borderline sunt capabile să se descurce bine într-o activitate sau un mediu profesional structurat, dar dincolo de suprafață zac îndoieli de sine, suspiciuni și temeri grave. Procesele gândirii interne ale persoanelor

borderline pot fi surprinzător de simple şi primare, fiind camuflate de o faţadă stabilă de platitudini învăţate şi repetate. La orice situaţie care-i penetrează scutul de structură protector, persoana borderline poate dezlănţui potopul de pasiuni haotice ascunse în interior. Exemplul (de mai sus) al lui Marjorie ilustrează această idee.

Testele psihologice proiective dezvăluie şi ele procesele de gândire primitive ale persoanei borderline. Aceste teste — cum ar fi Rorschach şi Testul de Apercepţie Tematică (TAT) — stârnesc asociaţii prin stimuli ambigui, cum ar fi pete de cerneală sau imagini, în jurul cărora pacientul creează o poveste. În mod tipic, răspunsurile persoanei borderline seamănă cu cele ale schizofrenicilor sau ale altor pacienţi psihotici. Spre deosebire de răspunsurile coerente, organizate, observate, de obicei, la nevrotici, cele ale pacienţilor borderline descriu deseori imagini bizare, primitive — un borderline poate vedea animale feroce canibalizându-se unul pe altul acolo unde nevroticul vede un fluture.

MECANISME DE APĂRARE PRIMITIVE

Mecanismul de adaptare al clivajului (vezi Capitolul 2) menţine percepţia de către borderline a unei lumi a extremelor — în care oamenii şi obiectele sunt fie bune, fie rele, prietenoase sau ostile, iubite sau detestate — pentru a scăpa de anxietatea ambiguităţii şi incertitudinii.

În concepţia lui Kernberg, clivajul conduce adesea la „gândirea magică": superstiţii, fobii, obsesii şi compulsii, care sunt folosite ca talismane împotriva fricilor inconştiente. Clivajul are ca rezultat şi alte mecanisme de apărare derivate:

- Idealizarea primitivă — plasarea insistentă a persoanei sau obiectului în categoria „atoatebun", astfel

încât să se evite anxietatea ce însoţeşte recunoaşterea defectelor acelei persoane.

- Devalorizarea — o concepţie negativă neînduplecată despre o persoană sau obiect; opusul idealizării. Folosind acest mecanism, persoana borderline evită vinovăţia furiei sale — persoana „atoaterea" o merită din plin.
- Omnipotenţa — un sentiment de putere nelimitată, prin care te simţi incapabil de eşec şi, uneori, chiar de moarte. (Omnipotenţa este, de asemenea, o trăsătură comună şi personalităţii narcisice.)
- Proiecţia — negarea trăsăturilor inacceptabile ale propriei persoane şi atribuirea lor altora.
- Identificarea proiectivă — o formă mai complexă de proiecţie, în care cel care proiectează menţine o legătură manipulativă continuă cu o altă persoană, care este obiectul proiecţiei. Cealaltă persoană „poartă" aceste caracteristici inacceptabile în locul celui ce le proiectează, care asigură exprimarea lor continuă.

De exemplu, Mark, un tânăr căsătorit care este diagnosticat cu sindromul borderline, îşi consideră inacceptabile propriile impulsuri sadice şi furioase, şi le proiectează asupra soţiei sale Sally. Atunci Sally este percepută de Mark (în maniera alb-negru) ca fiind „o femeie în întregime furioasă". Toate acţiunile ei sunt interpretate ca fiind sadice. Inconştient, el „îi apasă pe butoane" pentru a obţine răspunsurile furioase, confirmându-şi astfel proiecţiile. În acest fel, Mark se teme de Sally, dar în acelaşi timp îşi controlează percepţia despre Sally.

CONCEPTUL PATOLOGIC DE SINE

„Difuzia identităţii" descrie conceptul lui Kernberg de lipsă a unui sentiment fundamental şi coerent al identităţii la borderline. Identitatea persoanei borderline este de

consistența jeleului: poate fi modelată în orice formă care o conține, dar îți scapă printre degete când încerci s-o prinzi. Această lipsă de substanță conduce direct la perturbările de identitate cuprinse în criteriul 3 din descrierea TPB făcută în *DSM-IV* (vezi Capitolul 2).

CONCEPTUL PATOLOGIC DE CEILALȚI

Dacă „difuzia identității" descrie lipsa unui concept de sine stabil a persoanei borderline, „inconstanța obiectului" descrie lipsa unui concept stabil de ceilalți. Așa cum propria ei stimă de sine depinde de situațiile actuale, persoana borderline își bazează atitudinea față de un alt om pe cea mai recentă întâlnire cu el, în loc să aibă o percepție mai stabilă și de durată, întemeiată pe o serie de experiențe mai conectate și congruente.

Adesea, persoana borderline nu este capabilă să păstreze amintirea unei persoane sau obiect când acestea nu sunt prezente. Așa cum un copil se atașează de un obiect tranzițional ce reprezintă o figură maternă liniștitoare (precum atașamentul lui Linus de păturica sa, în desenul animat *Peanuts*), la fel și persoana borderline folosește obiecte de tipul fotografiilor și hainelor pentru a simula prezența unei alte persoane. De exemplu, când o persoană borderline este departe de casă fie și pentru o perioadă scurtă, ea își ia multe obiecte personale ca amintiri liniștitoare ale mediului familiar. Ursuleți Teddy și alte animale de pluș îl însoțesc în pat, iar fotografiile cu familia sunt dispuse cu atenție peste tot în cameră. Dacă rămâne acasă în timp ce soția sa pleacă, se uită adesea îndelung la fotografia și dulapul ei cu haine, îi miroase perna, căutând confort și familiaritate.

Pentru multe persoane borderline, „nu vezi, nu crezi" este un truism cumplit de real. Când persoana borderline este despărțită de cineva drag, o apucă panica, întrucât

are senzația că despărțirea este pentru totdeauna. Întrucât memoria nu poate fi utilizată în mod adecvat pentru reținerea unei imagini, persoanele borderline uită cum arată, cum se simte și cum sună obiectul de interes. Pentru a scăpa de senzația panicardă a abandonului și singurătății, persoana borderline încearcă să se agațe cu disperare — sunând, scriind, folosind orice mijloc de păstrare a contactului.

RESURSE

MATERIALE TIPĂRITE

Concepții generale

„Borderline Personality Disorder." *Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, Vol. 8, No. 1, 1997. Comentarii ale experților, familiilor și persoanelor cu TPB.

Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder, de J. J. Kreisman și H. Straus. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 2004. Treceri în revistă ale simptomelor TPB, multe dintre ele din perspectiva pacienților, și recomandări pentru a face față acestora; adresată familiilor.

New Hope for People with Borderline Personality Disorder, de N.R. Bockian, V. Porr, și N.E. Villagran. Roseville, CA: Prima Publishing, 2002. O carte accesibilă nespecialiștilor, ce pune accentul pe un prognostic mai bun.

Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families, de J.G. Gunderson și P.D. Hoffman. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005. O trecere în revistă accesibilă pentru clinicieni și familii.

Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide (a doua ediție), de J.G. Gunderson. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008. Adresată în primul rând practicienilor; include o listă consistentă de resurse.

Borderline Personality Disorder Demystified: An Essential Guide for Understanding and Living with BPD, de R. O. Friedel. New York: Marlowe & Company, 2004. Un ghid accesibil pentru familii.

Descrieri familiale şi personale

Siren's Dance: My Marriage to a Borderline: A Case Study, de A. Walker. Emmaus, PA: Rodale, 2003. Experienţa unui soţ.

Lost in the Mirror: An Inside Look at Borderline Personality Disorder (a doua ediție), de R. Moskovitz. Dallas, TX: Taylor Publications, 2001. Descrieri intime ale durerii unui borderline.

Get Me Out of Here: My Recovery from Borderline Personality Disorder, de R. Reiland. Center City, MN: Hazeldon Publishing, 2004. O mărturie personală.

Stop Walking on Eggshells: Taking Your Life Back When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder, de R. Kreger şi P.T. Mason. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 1998. Un manual instructiv.

The Essential Family Guide to Borderline Personality Disorder, de R. Kreger. Center City, MN: Hazelden, 2008. Urmarea cărții *Stop Walking on Eggshells*, cu sugestii pentru familie.

Borderline Personality Disorder in Adolescents: A Complete Guide to Understanding and Coping When Your Adolescent Has BPD, de B.A. Aguirre. Beverly, MA: Fair Winds Press, 2007. Ce faci când ai un adolescent borderline.

Surviving a Borderline Parent: How to Heal Your Childhood Wounds and Build Trust, Boundaries, and Self-Esteem, de K. Roth şi F.B. Friedman. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2003. Pentru copiii cu părinți borderline.

SITE-URI DE INTERNET

TPB Central

www.bpdcentral.com

Unul dintre cele mai vechi şi mai clare site-uri, cu multe cărţi şi articole propuse.

TPB azi

www.borderlinepersonalitytoday.com

Enumeră multe articole şi cărţi despre TPB.

Centrul de resurse TPB

www.hpdresources.ret

Recomandă cărţi şi articole, interviuri cu autori şi informaţii generale pentru indivizi şi familii.

Informaţii ale Spitalului New York Presbiterian

www.bpdresourcecenter.org

Divizia Westchester a Spitalelor Universitare Cornell şi Columbia păstrează o unitate activă de tratament condusă de dr. Otto Kernberg şi un site de internet cu informaţii generale.

Rezumatul Institutului Naţional de Sănătate Mentală

www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personality-disorder-fact-sheet/index.shtml

Informaţii generale.

Informaţii ale Clinicii Mayo

mayoclinic.com/health/borderline-personality-disorder/DS00442

Informaţii generale şi răspunsuri la întrebări.

Tulburarea de personalitate borderline demistificată

www.bpddemystified.com

Acest site este întreţinut de dr. Robert O. Friedel, psihiatru de vârf şi autor al cărţii *Borderline Personality Disorder Demystified.*

Rețeaua de conștientizare a tulburărilor de personalitate (PDAN)

www.pdan.org

PDAN face eforturi pentru sporirea conștientizării publice a impactului TPB asupra copiilor, relațiilor și societății.

Confruntarea cu faptele

www.bpdfamily.com

Unul dintre cele mai mari site-uri ce oferă informații și susținere pentru familii.

Revenirea din TPB

www.bpdrecovery.com

Un site pentru persoanele care își revin și caută ajutor în privința TPB.

Bun venit în Oz

http://groups.yahoo.com/group/welcometooz

Buletin informativ pentru membrii familiei și cei dragi persoanelor cu TPB.

Bun venit la Oz — profesioniști

http://groups.yahoo.com/group/wtoprofessionals

Buletin informativ și comunicare prin e-mail pentru practicienii care lucrează cu TPB.

Sanctuarul tulburării de personalitate borderline

www.mhsanctuary.com/borderline

Oferă instruire, cărți, susținere și liste cu medici și terapeuți din toate statele americane.

Alianța Națională de Educație pentru tulburarea de personalitate borderline (NEA-BPD)

www.borderlinepersonalitydisorder.com

Susținere și instruire pentru pacienți, rude și profesioniști.

Asociația Progreselor în Cercetare și Tratament pentru Tulburările de Personalitate (TARAAPD)

www.tara4bpd.org

Organizație națională nonprofit ce militează pentru persoanele cu TPB și familiile lor, sponsorizează ateliere și seminarii, conduce un centru național de resurse și trimiteri, și transmite problemele TPB legislatorilor din Congres.

MULȚUMIRI

Eforturile de realizare a acestei noi ediții au avut nevoie de mult ajutor şi îngăduință. Ajutorul inițial a venit din partea lui Bruce Seymour de la Goodeye Photoshare (goodeye-photoshare.com), care a dedicat mult timp şi efort problemelor tehnice de realizare a manuscrisului. Un alt prieten drag, Eugene Horwitz, a dezlegat frustrantele enigme ale computerului. Secretarele mele Jennifer Jacob şi Cindy Fridley au ajutat la strângerea articolelor şi cărților incluse în lucrare. Lynne Klippel, energica bibliotecară de la DePaul Health Center, din St. Louis, a găsit referințele utile.

O mare îngăduință a fost demonstrată de partenerii mei şi personalul de la Allied Behavioral Consultants, din St. Louis, care mi-au acordat libertatea de a mă ocupa de această sarcină. Soția mea Judy, copiii mei Jenny, Adam, Brett şi Alicia, şi cei mici Owen şi Audrey, precum şi mezinul încă nenăscut au acceptat în mod curajos lipsa mea de la câteva meciuri, piese de teatru şi multe filme, timp în care eu foloseam după-amiezele însorite pentru cercetări şi scris.

Vrem să-i mulțumim agentului nostru literar Danielle Egan-Miller, de la Browne & Miller Literary Associates,

precum şi lui John Duff şi Jeanette Shaw, editorul şi, respectiv, redactorul nostru de la Perigee/Penguin. Toţi au jucat un rol important în închegarea conţinutului acestei cărţi.